TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DE

L.-GUSTAVE RICHELOT

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE, CHIRURGIEN DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

PARIS
ALCAN-LÉVY, IMPRIMEUR BREVETÉ
24, rue Chauchat, 24
1894

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DE

L.-GUSTAVE RICHELOT

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE, CHIRURGIEN DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

TITRES

Interne des hôpitaux (1868-1872). — Lauréat, 1er interne (1868); première mention (1871); médaille d'argent (1872).

Aide d'anatomie (1872).

Docteur en médecine (1873).

Prosecteur à la Faculté (1874).

Professeur agrégé (1878).

Chirurgien des hôpitaux (1880). — Chirurgien de l'hôpital Tenon (1888); chirurgien de l'hôpital Saint-Louis (1893).

Membre honoraire de la Société anatomique.

Membre titulaire de la Société de chirurgie, de la Société clinique, de la Société obstétricale et gynécologique, de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie, de la Société de médecine de Paris, etc.

Directeur de l'*Union médicale*.

ENSEIGNEMENT

Cours d'anatomie et de médecine opératoire à l'Ecole pratique (1873-1876).

Cours de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu, suppléance du professeur Richet (août, septembre et octobre 1879; août, septembre et octobre 1880; août, septembre et octobre 1882).

Conférences de pathologie externe à la Faculté (1883-84 et 1886-87).

Cours de pathologie externe à la Faculté, suppléance du professeur Guyon (1886).

Conférences de clinique chirurgicale à l'hôpital Saint-Louis (1893).

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

---

1. — Polydactylie incomplète du pied gauche (*Union médicale*, 25 février 1868).

Observation relative à une tumeur osseuse du gros orteil, opérée par Gosselin. Remarques sur le diagnostic.

2. — Anévrysme diffus consécutif a la rupture spontanée de l'artère poplitée athéromateuse (*Union médicale*, 11 avril 1868).

Exemple rare de rupture spontanée d'une artère athéromateuse. Anévrysme diffus; oblitération de l'artère, à la suite de la compression digitale, par un caillot adhérent au pourtour de la déchirure et saillant hors du vaisseau; établissement rapide d'une circulation collatérale suffisante pour assurer la vitalité du membre. La mort est survenue indépendamment de l'anévrysme.

3. — Note sur deux cas d'étranglement interne; emploi des lavements d'eau de Seltz, des lavements de tabac et de l'insufflation de fumée de tabac; guérison (*Union médicale*, 6 et 10 juillet 1869).

Deux observations tirées du service d'Hérard, à l'Hôtel-Dieu. Remarques sur le diagnostic : l'occlusion intestinale paraît avoir eu pour cause, chez les deux malades, quelque bride péritonéale résultant d'une phlegmasie pelvienne après l'accouchement. Etude sur le mode d'action des traitements employés, notamment de l'insufflation de fumée de tabac, et sur le rôle de la valvule de Bauhin.

4. — EFFETS DIURÉTIQUES DE LA MACÉRATION DE DIGITALE (*Union médicale*, 18 janvier 1870).

Observation démontrant les bons effets de la macération de digitale dans un cas d'hydropisie d'origine cardiaque. Indication de plusieurs autres faits, tirés comme le précédent du service d'Hérard, et plaidant tous dans le même sens.

5. – ETUDE CLINIQUE SUR LA SEPTICÉMIE (*Union médicale*, 28 mars 1871).

Dans cette première étude, l'auteur établit l'existence d'une forme d'infection, la septicémie aiguë, distincte de l'infection purulente et de l'infection putride de Bérard. A cette époque, les accidents fébriles des blessés n'étaient pas rangés dans une classification bien nette, et les chirurgiens discutaient sur la pathogénie de la fièvre traumatique. Quatre faits, observés dans le service de Verneuil, sont cités comme exemples de septicémies à forme aiguë ou foudroyante.

6. — DES RAPPORTS QUI UNISSENT LA SEPTICÉMIE ET LA PYOHÉMIE (*Union médicale*, 1er et 4 avril 1871).

Dans ce second travail, l'auteur s'efforce de démontrer que l'infection purulente n'est autre chose qu'une des formes cliniques de la septicémie, opinion qui paraissait alors très hasardée à beaucoup de chirurgiens. Discussion sur la résorption des produits de la plaie, sur la valeur des frissons et la série des accidents infectieux : fièvre traumatique primitive, fièvre inflammatoire secondaire (phlegmon, lymphangite, érysipèle), septicémie aiguë ou chronique, pyohémie.

7. — OBSERVATION DE PYOHÉMIE (*Union médicale*, 27 juillet 1871)

Type vulgaire de pyohémie subaiguë, déclarée à la suite d'une amputation de jambe pour fracture comminutive, et répondant de tous points aux descriptions classiques.

L'observation, publiée tandis que l'Académie discutait la nature

des fièvres traumatiques, est exposée dans tous ses détails, et plusieurs points font l'objet d'une étude particulière :

a. La marche de la maladie montre combien il est difficile d'établir une distinction pathogénique entre les diverses formes des accidents fébriles des blessés : fièvre traumatique, septicémie, infection purulente.

b. Une adénite inguinale douloureuse met en lumière le rôle du système lymphatique dans l'absorption virulente. Il faut se rappeler qu'on disait alors, à l'Académie : « Les accidents des piqûres anatomiques ne sont pas le fait de la septicémie, *puisqu'*ils sont dus à la lymphangite. »

c. L'ostéomyélite a joué son rôle dans l'évolution du mal.

d. Les frissons et les grandes oscillations de la température n'ont aucune valeur pour faire considérer la pyohémie comme une entité séparable de la septicémie.

e. Le malade a présenté à diverses reprises de petites hémorrhagies, qui s'annonçaient par des phénomènes de congestion locale, sensibilité du moignon et battements de lambeau postérieur. Etude des conditions diverses qui président aux hémorrhagies secondaires d'origine septicémique.

8. — Contribution a l'étude de la septicémie chirurgicale (*Union médicale*, 18 mars 1873).

Discussion sur un cas de fracture sous-cutanée de l'articulation du coude, suivie de suppuration, de septicémie grave et terminée par la guérison.

Il s'agit d'une « septicémie autochthone », car la fracture n'était pas compliquée de plaie, et le foyer de suppuration articulaire n'avait pas subi le contact de l'air. La maladie a revêtu la forme classique de la pyohémie ; c'est donc un exemple d'infection purulente sans plaie, et d'infection purulente suivie de guérison.

Considérations sur le diagnostic et la pathogénie des accidents; sur divers exemples de putridité primitive dans des foyers profonds, à l'abri de l'air extérieur ; sur la production des suppurations mé-

tastatiques au niveau de lésions très anciennes ; sur l'impossibilité de séparer la « septicémie avec métastases » des autres formes de la septicémie chirurgicale.

9. — De la péritonite herniaire et de ses rapports avec l'étranglement (Thèse inaugurale, 1873. J.-B. Baillière).

Ce travail a pour but de démontrer les dangers de la temporisation dans le traitement des hernies étranglées.

Déjà les chirurgiens admettaient la nécessité d'agir promptement, mais on hésitait encore devant certaines variétés de hernies pour lesquelles Malgaigne, effrayé des résultats de la kélotomie, avait créé la doctrine de la péritonite herniaire ou pseudo-étranglement.

L'auteur se propose de répondre à une double question : 1° la péritonite herniaire existe-t-elle ? 2° doit-elle être érigée en doctrine chirurgicale ?

I. — *Des conditions de la péritonite herniaire.* — Le premier chapitre, où l'inflammation est étudiée tour à tour dans les hernies épiploïques et intestinales, établit l'existence de la péritonite herniaire, et montre que l'inflammation des entérocèles peut être ou indépendante, ou consécutive à l'étranglement.

II. — *De la doctrine du pseudo-étranglement.* — Le second chapitre contient l'exposé de la théorie de Malgaigne et une discussion approfondie sur les caractères que cet auteur attribuait aux hernies enflammées, sur les conditions de l'irréductibilité, sur les signes de l'étranglement et leur valeur. De cette discussion résulte qu'une hernie libre d'adhérences ne peut devenir irréductible à un degré quelconque sans être plus ou moins serrée à l'anneau ; qu'on ne peut expliquer autrement la constipation absolue, les vomissements, la tympanite ; que, dans certains cas déterminés, la constriction peut être consécutive à l'inflammation et au gonflement des parties herniées, mais qu'elle est très ordinairement primitive.

Vient ensuite l'examen des faits, où l'auteur passe en revue de nombreuses observations, personnelles ou empruntées aux recueils scientifiques : contusions herniaires avec étranglement consécutif ; péritonites herniaires sans étranglement ; hernies volumineuses avec

étranglement peu serré (pseudo-étranglement de Malgaigne); hernies volumineuses avec étranglement serré; petites hernies considérées comme des pseudo-étranglements; dispositions exceptionnelles. Cette longue série montre les abus où la doctrine de Malgaigne a entraîné plus d'un chirurgien.

III. — *Conclusion.* — Dans le troisième chapitre, l'auteur essaie en quelques pages une définition de l'étranglement. Puis il conclut, sur les rapports qui l'unissent à la péritonite herniaire, par les propositions suivantes :

1° Il y a des étranglements avec péritonite herniaire consécutive.

2° Il y a des péritonites herniaires avec étranglement consécutif.

3° Il y a des péritonites herniaires sans étranglement.

4° Il n'y a pas de pseudo-étranglements.

Cette dernière proposition a été considérée comme trop absolue. On a cru qu'elle voulait dire : « Il n'y a pas de cas où le chirurgien puisse hésiter entre une occlusion intestinale et une autre affection. » Or, n'a-t-on pas décrit, par exemple, des péritonites fort difficiles à distinguer d'un étranglement interne ?

En réalité, cette phrase ne s'applique qu'aux hernies et à la doctrine de Malgaigne; aux hernies qui présentent les signes de l'étranglement et que Malgaigne déclare enflammées pour empêcher qu'on ne les opère. Elle a pour but de faire considérer comme vrais les étranglements que cet auteur croyait faux.

Les déductions thérapeutiques qui terminent ce travail préconisent l'intervention rapide et condamnent la temporisation. Elles contiennent naturellement les réserves que comportait l'état de la chirurgie à cette époque, et que sont venus effacer les progrès du manuel opératoire et les succès constants de la kélotomie pratiquée dans de bonnes conditions.

10. — Remarques sur une observation de péritonite herniaire, publiée par J. Bertin (de Gray) (*Union médicale*, 7 avril 1874).

L'observation du docteur J. Bertin vient à l'appui des idées exprimées par l'auteur dans sa thèse inaugurale. Il s'agit d'une « hernie

de Malgaigne » qui était une hernie étranglée, et qui ne fut pas traitée par la temporisation.

Peut-on trouver un signe invariable qui autorise le praticien à dire : telle hernie, malgré son ancienneté et la largeur supposée de l'anneau, restera irréductible si on n'intervient pas ; dans tel autre cas, l'opération peut être évitée ? Dût-on rester absolument dans le doute à cet égard, il faut considérer la kélotomie comme une opération qui doit réussir lorsqu'elle est faite dans de bonnes conditions, et, par suite, il vaut mieux s'exposer à opérer un intestin qui serait rentré seul, qu'à laisser dehors un intestin qui ne rentrera pas.

12. — Note sur la distribution des nerfs collatéraux des doigts et sur les sections nerveuses du membre supérieur

(Union médicale, 15 août 1874, et Archives de physiologie, 1875).

Ce mémoire contient une description nouvelle des nerfs collatéraux des doigts.

I. — La perte de la sensibilité, à la suite des plaies nerveuses du membre supérieur, est variable à cause de l'existence d'une sensibilité récurrente ou suppléée, dont l'auteur rappelle en quelques mots l'histoire, depuis les faits cliniques de Paget, Nélaton, Laugier, et surtout celui de Richet, qui démontra le premier la conservation de la sensibilité par des voies collatérales dans la zone d'un tronc nerveux sectionné. Quoi qu'il en soit, pour faire le diagnostic de ces lésions, il est essentiel de connaître exactement la distribution des nerfs de la main.

II. — Quelques observations de Létiévant, de Blum, indiquent un certain désaccord entre les phénomènes cliniques et la distribution des nerfs de la main, telle que la donnent les livres d'anatomie.

III. — Aucune description classique des nerfs collatéraux n'est absolument exacte. Citations de Hirschfeld, Swan, Cruveilhier, Sappey.

IV. — *Description des nerfs collatéraux.* — Les dissections de l'auteur lui ont démontré que les collatéraux dorsaux des doigts indicateur, médius et annulaire viennent exclusivement des collaté-

raux palmaires, et ne sont pas fournis par les nerfs du dos de la main.

Après avoir indiqué le meilleur procédé de dissection pour suivre exactement tous les filets nerveux, et décrit en détail l'origine et le trajet de chacun d'eux, l'auteur donne le résumé suivant : A) le médian fournit les collatéraux palmaires du pouce, de l'index, du médius et de la moitié externe de l'annulaire. Il innerve en partie la face dorsale de la première phalange du pouce, et donne les collatéraux dorsaux de l'index, du médius et de la moitié externe de l'annulaire, sans innerver en totalité la face dorsale de leurs premières phalanges. — B) Le cubital fournit, par sa branche palmaire, les collatéraux palmaires du petit doigt et de la moitié interne de l'annulaire, et le collatéral dorsal de la même moitié du même doigt. Par sa branche dorsale, il donne les collatéraux dorsaux du petit doigt, et innerve la première phalange (face dorsale) de l'annulaire et une partie de celle du médius. — C) Le radial fournit les collatéraux dorsaux du pouce, et innerve la première phalange (face dorsale) de l'index et une partie de celle du médius.

V. — *Déductions cliniques*. — Indication détaillée des phénomènes qui doivent suivre les plaies des nerfs de la main, cubital, radial et médian, et qui les suivent, en effet, d'après les observations.

Le mémoire se termine par la mention d'un fait du Dr Henriet, et par une observation *in extenso* prise par l'auteur dans le service de Vulpian, où sont pleinement confirmés les faits qui précèdent.

Les conclusions de ce travail ont été contrôlées et acceptées par tous les anatomistes. La description nouvelle des nerfs collatéraux figure dans l'Anatomie descriptive de Sappey, dans l'Anatomie topographique de Tillaux, dans l'Atlas schématique du système nerveux de W.-H. Flower, etc. Elle est enseignée couramment à l'Ecole pratique, où Farabeuf l'a transmise à ses élèves.

12. — Observation de gangrène foudroyante
(Union médicale, 6 février 1875).

Les accidents de septicémie suraiguë que les auteurs ont décrits tour à tour sous les noms de gangrène foudroyante, gazeuse, moléculaire, érysipèle bronzé, œdème purulent aigu, etc., sont

décrits et définis à propos d'une observation de fracture compliquée de l'avant-bras. Le pronostic, les ressources précaires du traitement sont indiqués, ainsi que le diagnostic entre cette forme d'accidents et les gangrènes par compression dues à un appareil trop serré.

13. — DES CAUSES DE LA MORT DANS LES TUMEURS MALIGNES (*Union médicale*, 7 et 9 *janvier* 1875).

Etude sur l'évolution des néoplasmes en général, sur le sens qu'il faut attribuer au mot *diathèse*, sur la disposition héréditaire qui préside au développement de certaines tumeurs.

Les causes de la mort peuvent se ranger dans les catégories suivantes :

1° Tantôt la fin est précipitée par des circonstances toutes locales : ainsi, la tumeur peut comprimer un organe essentiel

2° Tantôt elle agit médiatement, lorsqu'elle détermine, par voisinage, une lésion qui hâte la mort (pleurésie dans les tumeurs de la paroi thoracique).

3° D'autres fois, c'est la métastase qui tue, par elle-même et en tant que lésion locale. Mais le mécanisme varie suivant l'organe affecté : ainsi, les tumeurs secondaires développées dans le foie, troublent l'hématopoïèse et les fonctions digestives ; dans le poumon, elles produisent l'asphyxie.

4° S'agit-il d'une tumeur ulcérée, un érysipèle ou des hémorrhagies répétées peuvent emporter le malade. Ou bien la suppuration prolongée, perte incessante de matériaux albuminoïdes et source intarissable de septicémie, amène peu à peu la déchéance de l'organisme.

5° Enfin, l'infection est là, et la cachexie qui en est le dernier terme. Qu'entendre par ce mot *infection?* Hunter a dit que le cancer n'infecte pas la constitution et « ne produit aucun symptôme qui lui soit particulier ». Virchow, lui aussi, admet que l'ulcération, les hémorrhagies, les lésions viscérales, expliquent suffisamment la cachexie cancéreuse. Mais il ne répugne pas d'admettre une véritable intoxication partie du néoplasme ; il peut se former au sein de la tumeur des substances dont la résorption est nuisible.

14. — PATHOGÉNIE, MARCHE, TERMINAISON DU TÉTANOS
(Thèse d'agrégation, 1875. J.-B. Baillière).

Les nombreux cas de tétanos observés pendant la guerre de 1870 avaient mis à l'ordre du jour l'étude de cette affection. L'auteur avait pu voir de près beaucoup de malades et recueillir des observations précieuses, notamment les premiers faits où le chloral avait été administré, dans le service de Verneuil. Aussi était-il bien muni, par ses notes et ses souvenirs, pour exposer l'état de la science dans une thèse de concours et mettre en lumière les points intéressants de la question.

L'*introduction* est une étude générale, où l'auteur montre comment et par quelles voies le traumatisme retentit sur l'économie, et cherche à marquer la place du tétanos dans la série des accidents nerveux des plaies.

I. — Pour éclairer la **pathogénie** du tétanos, il faut s'adresser successivement aux causes, aux lésions des organes, à la physiologie pathologique.

Dans l'étude de l'*étiologie*, on interroge tour à tour : *a. La blessure*, son siège, sa forme, la douleur qu'elle provoque, l'influence des pansements, etc. Il y a des tétanos traumatiques sans plaie. De nombreux faits classiques incriminent la lésion d'un nerf ou d'une région riche en plexus nerveux. Au demeurant, toutes les blessures, dans toutes les conditions, peuvent donner lieu au tétanos. — *b. Le blessé*, c'est-à-dire l'influence des races, de l'espèce animale, de l'âge, de la puerpéralité, du paludisme, etc. — *c. Le milieu*, dont le rôle est démontré par les relations des chirurgiens militaires. En 1875, nous méconnaissions absolument la valeur des épidémies de tétanos, et nous refusions d'y chercher la preuve d'une origine infectieuse, d'une contagion. L'influence du froid était seule admise.

Dans l'*anatomie pathologique*, l'examen des muscles et des nerfs est à peu près négatif. Les centres nerveux fournissent des données plus positives, mais contradictoires. Plusieurs auteurs ont vu l'hypérémie et la teinte *hortensia* de la substance grise de la moelle, la prolifération de la névroglie; Michaud a trouvé, dans quatre faits, une véritable myélite centrale suraiguë. Tout compte fait, la con-

gestion médullaire est le seul fait général; les lésions inflammatoires paraissent être contingentes et secondaires. Mais ce trouble congestif, quel est son origine?

Il faut le demander à la *physiologie pathologique*. Ici vient l'examen des théories qui ont la prétention d'expliquer le tétanos : la musculaire, mise de côté en quelques mots, la nerveuse et l'humorale.

Pour défendre la théorie nerveuse, l'auteur montre que l'essence du tétanos est un acte réflexe ; il invoque tour à tour les expériences et les faits cliniques, et se rallie à l'opinion qui admet la seule irradiation par les nerfs, rejetant l'idée d'une infection par le sang.

La théorie humorale, c'est-à dire l'idée d'un poison qui, absorbé par la plaie, va irriter directement la moelle en exagérant sa puissance réflexe, peut faire valoir des arguments sérieux. L'auteur les énumère, sans oublier le caractère épidémique, mais il conclut, en somme, en faveur des névristes.

II. — Pour étudier la **marche** du tétanos, l'auteur choisit, comme *type général* de description, un tétanos traumatique de l'adulte et de moyenne intensité, qu'il suit dans ses diverses phases en traçant la physionomie du malade, l'envahissement, les paroxysmes, les phénomèmes secondaires.

Puis il revient sur l'*analyse de quelques symptômes* : la convulsion tonique, avec sa marche ascensionnelle, son déclin, ses rémittences ; la température, étudiée dans ses types divers, dans sa valeur pronostique, dans ses causes (contraction musculaire, asphyxie, influence du système nerveux) ; enfin, le pouls, l'urine et le sang.

Etant connus les phénomènes communs à la plupart des cas, il aborde l'étude des principales *formes* s'écartant plus ou moins du type, et les classe arbitrairement d'après certaines circonstances étiologiques (tétanos traumatique sans plaie, spontané, puerpéral, des nouveau-nés) ; le mode de début (trismus, dysphagie, tétanos débutant par la blessure, spasmes secondaires de Colles) ; le degré de généralisation (tétanos partiel) ; la durée (formes lentes, formes rapides, réfutation de la formule d'Hippocrate).

III. — La **terminaison** du tétanos est la *mort*, sur laquelle

plusieurs symptômes fournissent des indications pronostiques, et dont la cause est tantôt le spasme des agents respiratoires et l'asphyxie, tantôt l'épuisement de l'excitabilité médullaire ; ou la *guérison*, dont les indications pronostiques doivent être également signalées.

L'auteur n'avait pas à traiter de la thérapeutique du tétanos. Il laisse de côté le procès du chloral, de l'opium, des courants continus, etc., dont on trouve toutes les pièces dans les recueils périodiques de cette époque. Néanmoins, il ne veut pas qu'on nie de parti pris l'influence du traitement ; il pense que le chirurgien doit se garder à la fois d'une trop grande quiétude dans les cas bénins, et, dans les cas graves, d'une trop grande résignation ; il termine enfin son travail par la réflexion suivante, qui lui sert d'indication thérapeutique générale :

« Il n'est pas dit que le chloral ait une action sur la cause intime du mal, et peut-être en sommes-nous réduits à la médecine du symptôme. Mais il faut, si je ne m'abuse, faire une distinction importante : quand la thérapeutique s'adresse à des phénomènes contingents, surajoutés, comme l'hémorrhagie bronchique dans la phthisie pulmonaire, elle a toutes chances de rester loin de la maladie, et partant inefficace ; mais s'il s'agit, pour ainsi dire, d'un *symptôme constituant*, comme le spasme dans le tétanos, ne devons nous pas dire que le symptôme a pour condition immédiate la maladie elle-même, et qu'un agent qui supprime l'un prouve par là même qu'il a touché l'autre ? Cette remarque nous engage à tenter de nouveaux essais, et à ne pas nous décourager dans les recherches thérapeutiques. »

Cette conclusion, fondée sur la théorie nerveuse absolue, ne demeure pas entière devant la doctrine nouvelle, ou plutôt rajeunie, de la nature infectieuse du tétanos.

Les *observations* réunies dans ce travail sont au nombre de douze, les unes personnelles, les autres empruntées, mais toutes inédites. Elles sont groupées de manière à reproduire les principaux types que l'auteur a décrits.

15. — Nature et traitement du tétanos (*Revue des sciences médicales*, 1877 et 1878).

Cette nouvelle étude reprend l'histoire du tétanos avec de plus grands développements, laissant de côté seulement la description des symptômes et forme, avec la thèse d'agrégation de 1875, une monographie complète.

Définition clinique. — Les vaisseaux et les nerfs sont les deux grands « vecteurs organiques » par lesquels une lésion locale peut amener des lésions secondaires ou des troubles généraux. *Septicémies chirurgicales* et *névroses traumatiques* peuvent désigner la double série des accidents consécutifs aux blessures. Le tétanos prend place, avec d'autres formes de spasmes traumatiques, dans le groupe des accidents nerveux.

Définition anatomique. — Analyse critique des observations où l'état de la moelle est noté. Les faits anatomiques peuvent se ranger en trois classes :

a. Dans la première, la moins nombreuse, le microscope n'a rien trouvé, comme s'il y avait eu irritation simple, n'ayant pas laissé de traces après la mort ;

b. Dans la seconde viennent une foule d'observations, où la seule lésion constatée est l'hypérémie de la moelle ;

c. Dans la troisième se rangent tous les exemples de lésions médullaires positives (Rokitansky, Bouchard, Michaud, etc.). Les altérations du tissu nerveux sont contingentes, variables et n'ont rien de spécifique ; la congestion elle-même, dit Vulpian, n'est qu'un effet secondaire de « l'irritation » qui est l'essence même du tétanos.

Définition physiologique. — Après avoir combattu les arguments sur lesquels repose la théorie humorale, l'auteur cherche à fonder la définition physiologique du tétanos sur les trois points suivants :

a. Nature de l'irritation causale. — Altération des nerfs, congestion ou névrite, qui sont bien loin d'être constantes ; formes du traumatisme, état de la plaie, etc. Toujours on est ramené à quelque chose d'invisible, à une irritation simple.

b. Nature des troubles médullaires. — Ces troubles cachés, qui n'amènent que secondairement des lésions morphologiques, paraissent influencés par la prédisposition individuelle, l'âge, la race,

l'état puerpéral, etc. Ils se résument en une formule très simple : accroissement du pouvoir excito-moteur de la moelle, formule qui ne dit rien quant au mécanisme intime de cet accroissement, mais préférable, en tous cas, aux subtilités par lesquelles Ringer et Murrel essayent de prouver que le tétanos est une paralysie de la moelle.

c. Nature des symptômes provoqués. — Les plus dignes d'intérêt sont la contraction musculaire et l'ascension de la température. Celle-ci est variable, quelquefois nulle, souvent très élevée. Elle n'est pas due aux complications, elle est propre à la maladie. Sa cause n'est pas l'asphyxie, ni la contraction musculaire, malgré une opinion très accréditée. L'influence de la contraction n'explique ni les formes apyrétiques, ni les grandes ascensions. Il s'agit d'une véritable fièvre, qui a son origine dans la suractivité des centres nerveux. Aujourd'hui que nous admettons la nature infectieuse du tétanos, cette opinion se trouve affermie et semble même au-dessus de la controverse.

L'étude de l'urine et du sang montre certaines variations dans le chiffre de l'urée, mais on n'a pas donné jusqu'ici de résultats bien intéressants.

Après avoir nié et discuté beaucoup, dit l'auteur, on arrive à cette conclusion que le tétanos est une action réflexe pathologique, dont la cause est une irritation périphérique indéterminée dans sa nature, dont la condition du côté des centres nerveux est une suractivité fonctionnelle à laquelle on ne peut assigner aucun caractère spécifique, et dont les effets cliniques se résument en deux mots d'inégale valeur : convulsion et fièvre. Il est impossible d'arriver à une notion plus précise, et les auteurs prudents évitent de s'aventurer plus loin.

Eléments du pronostic. — Il est impossible de juger la valeur du traitement sans connaître d'abord les éléments du pronostic : conditions étiologiques, époque et mode de début, symptômes alarmants, durée ; enfin, les causes de la mort.

Traitement. — Les divers moyens employés de tout temps contre le tétanos ou préconisés récemment n'avaient pas encore été présentés dans une étude d'ensemble. L'auteur a tenu à passer en revue les diverses méthodes en les soumettant à une classification tirée de la pathogénie et dont voici les termes : 1° Supprimer l'irrita-

tion initiale; 2° modifier l'état des centres nerveux; 3° enrayer directement la contraction musculaire. Il n'est guère de moyen, en effet, qui ne s'adresse à une des étapes de l'action réflexe.

Les méthodes ainsi groupées, il devient facile d'y ranger, par ordre de mérite, les procédés valables, douteux ou de nulle valeur. Ici l'auteur, voulant surtout faire une analyse critique, raisonnée, se pose à propos de chacun des agents thérapeutiques les questions suivantes :

a. Quelle est son action physiologique ? En d'autres termes, son emploi est-il rationnel *a priori* ?

b. A-t-il une influence visible et nettement établie par les faits, sur le « symptôme constituant » ?

c. Cette présomption mise à part, semble-t-il jouer un rôle dans l'issue de la maladie ?

d. En dehors de son action curative, a-t-il des avantages, des inconvénients, des dangers ?

e. Quelles sont les règles de son application ?

Les procédés qui cherchent à supprimer l'irritation initiale sont : l'édredon, le calme absolu (de Renzi), le traitement local de la plaie, l'amputation, la névrotomie, l'élongation.

Parmi ceux qui s'adressent aux centres nerveux, figure en première ligne le chloral, étudié avec tous les détails que comportait l'actualité du sujet : propriétés hypnotiques, influence évidente sur le spasme et probable sur l'évolution du mal, manières de l'administrer. Viennent ensuite l'opium, la belladone, le seigle ergoté, l'ésérine, le bromure de potassium, les courants continus, etc.

Ceux qui se proposent d'enrayer directement la contraction musculaire, n'ont aucune valeur et doivent être laissés de côté.

En résumé, la double indication à remplir est de *supprimer l'irritation causale* et de *guérir le mal déjà fait*. Ainsi comprise, la thérapeutique du tétanos repose sur les quatre points suivants : milieu, intervention chirurgicale, médication chloralique, agents auxiliaires (sudorifiques, seigle, belladone, etc.).

S'il avait à refaire ce travail, l'auteur s'attacherait moins aujourd'hui à suivre pas à pas l'acte réflexe. Mais il faut bien avouer que la nouvelle pathogénie du tétanos, à laquelle il se rallie, ne lui donnerait pas un fil conducteur, une meilleure classification. Les

faits cliniques restent les mêmes; à part quelques détails, le soin dans les pansements, le calme absolu sont encore de mise; il est toujours indiqué, faute de mieux, d'apaiser l'excitation réflexe de la moelle, et nous n'avons pas trouvé d'agents efficaces pour combattre l'infection tétanique.

16. — Note sur un cas de blessure du nerf médian
(*Union médicale*, 25 septembre 1877)

Rappel des recherches précédemment citées (page 10) sur la distribution des nerfs collatéraux des doigts. Analyse de plusieurs observations récentes qui les confirment (Henriet, Reclus et Fourestié, Bernhardt, Notta, Duret).

Observation nouvelle, recueillie dans le service de Verneuil, dans laquelle on voit la zone du nerf médian doublement dessinée par l'anesthésie consécutive à la plaie nerveuse et par la distribution des troubles trophiques de la peau, ceux-ci occupant la face palmaire du pouce, de l'index et du médius, la face dorsale du médius et de l'index (deuxième et troisième phalanges), et laissant intacte la face dorsale du pouce. Les lésions de ce genre occupent le plus souvent la face palmaire seule, ainsi qu'on le remarque dans les faits de Duret et de Notta ; ici, au contraire, elles sont plus étendues et accompagnent fidèlement l'anesthésie, sans en dépasser les limites.

17. — Des tumeurs kystiques de la mamelle
(Thèse d'agrégation, 1878. — J.-B. Baillière)

Devant exposer l'état de la science sur les tumeurs kystiques de la mamelle, l'auteur divise son travail en trois grands chapitres. Sous le nom d'*anatomie pathologique*, il range les caractères des lésions et leur genèse, en un mot tout ce qui relève de l'analyse des tissus morbides ; sous le second chef, *symptomatologie*, il comprend tous les phénomènes extérieurs, les circonstances qui président à l'apparition du mal, la marche des symptômes, leur valeur pronostique et leur étude comparative ; enfin, les quelques pages consacrées

au *traitement* ont pour objet, non d'exposer la thérapeutique générale des tumeurs de la mamelle, ni de discuter la méthode et les procédés d'exérèse, mais de résumer tout ce qu'on doit savoir et retenir sur le traitement des kystes, considérés comme éléments accessoires des tumeurs bénignes ou relativement bénignes.

I. — *Anatomie pathologique.* — A part quelques variétés de *kystes indépendants* (sous-cutanés, hydatiques, dermoïdes, hygromas sous-mammaires), qui sont des kystes de la région, tous prennent naissance dans les tissus de la mamelle et sont des *kystes glandulaires*.

Une première question se présente : Y a-t-il des **kystes simples**, c'est-à-dire existant par eux-mêmes et n'ayant pas pour substratum une tumeur? Les anciens auteurs ont tout confondu ; il y a beaucoup de cas douteux ou mal interprétés ; finalement, il reste le galactocèle, et quelques rares variétés de kystes par rétention. L'auteur étudie successivement leur *pathogénie* et leurs *caractères anatomiques*. A la fin de ce chapitre, il signale certaines variétés encore mal déterminées, qui répondent au type créé depuis lors sous le nom de « maladie kystique ».

Dans les vraies **tumeurs kystiques** de la mamelle, les kystes sont un élément surajouté au tissu morbide, au néoplasme. Il faut distinguer nettement les *kystes glandulaires* des *kystes régressifs*, les premiers ayant une physionomie propre et appartenant, par une loi d'évolution, aux diverses formes des tumeurs plus ou moins bénignes, les autres n'étant que des cavités irrégulières formées par la désintégration du tissu et se montrant surtout dans les cancers. Les premiers seuls doivent être ici l'objet d'une étude approfondie.

L'auteur expose les *caractères anatomiques*, et analyse d'abord le kyste, sa forme, son contenu, ses végétations ; puis la tumeur : *a*) altérations du stroma conjonctif : *b*) altérations des éléments glandulaires. Il décrit les lésions sans les interpréter. Dans la *pathogénie*, au contraire, il cherche comment se forment ces tumeurs, quelles sont les lois qui président à leur genèse et à l'apparition des kystes, et groupe les opinions des auteurs sous trois chefs :

a. *Théorie de l'adénome.* — Travaux de l'école de Lebert ; travaux des auteurs anglais. Forme nouvelle donnée par Cadiat au rôle de l'élément glandulaire dans la genèse de ces tumeurs.

b. *Théorie du cysto-sarcome.* — Terme générique employé par Müller. Etude des tumeurs de la série conjonctive, fibromes, sarcomes et myxomes. Travaux de Virchow, Billroth, Cornil et Ranvier, Coyne.

c. *Théorie de l'épithéliome.* — Travaux de Malassez. Epithéliomes typiques et atypiques. Rapports avec le cancer.

L'auteur s'est efforcé d'être impartial dans la discussion, qu'il résume ainsi : « Nous avons vu beaucoup d'auteurs adopter une doctrine générale, absolue : les uns voient partout l'adénome, et, hormis le cancer vrai, n'admettent rien à côté de la tumeur glandulaire, quelles que soient la marche et la structure; les autres ne veulent rien entendre en dehors du fibrome, du sarcome et du myxome, et pensent que jamais le tissu glandulaire n'entre en action pour son propre compte. Enfin une troisième école, comme on devait s'y attendre, admet deux séries parallèles et d'origine différente, l'une conjonctive et l'autre glandulaire ou épithéliale... Je ne vois aucune raison décisive pour refuser à la glande mammaire les aptitudes variées qu'on accorde à d'autres organes. » Cette conclusion nous paraît aujourd'hui confirmée par les recherches toujours plus pénétrantes des histologistes.

II. - - *Symptomatologie.* — Dans un chapitre d'*étiologie générale*, qui s'applique à tous les cas, est mentionnée l'influence des causes physiologiques (âge, menstruation, grossesse, célibat), et celle des causes traumatiques.

Puis vient la description des kystes simples. Mais les principaux développements sont consacrés à la *marche clinique* des tumeurs pourvues de kystes. « Toutes les tumeurs du sein qui ne sont pas des carcinomes sont kystiques de leur nature, et par une loi inhérente à leur développement. Leur *période initiale* répond au petit adénome classique, mobile et roulant sous la peau. Dans la *période d'état*, la maladie a pris une activité nouvelle, le kyste n'est plus seulement un détail histologique, il a une existence clinique et des symptômes. Les bosselures apparaissent et grandissent ; le mamelon s'étale, sans rétraction véritable ; il y a quelquefois un écoulement séreux ou sanguinolent par le mamelon, qui élimine toute idée de cancer et est un signe de bénignité relative. Dans la *période ultime* se voient les transformations plus ou moins graves

que peut subir la « tumeur adénoïde » de Velpeau, et qui l'ont fait confondre avec le cancer : perforation de la peau, issue des masses végétantes, altération de la santé sans dyscrasie spécifique ni engorgement ganglionnaire.

Ce qui intéresse avant tout le *diagnostic*, c'est la distinction à faire entre les tumeurs kystiques et le carcinome : mobilité, fluctuation, état de la peau, aspect du mamelon, différences profondes de l'ulcération et des masses végétantes.

Quant au *pronostic*, les tumeurs kystiques ne sont pas toujours bénignes ; mais elles n'ont généralement qu'une « malignité locale », elles menacent la vie par leurs complications et leurs récidives. Les plus bénignes sont celles où prédomine le tissu fibreux ; la gravité et la tendance aux récidives augmente avec le stroma embryonnaire, sarcomateux.

Il ne faut pas confondre avec une « transformation des tumeurs » un changement d'allure qu'on observe souvent, quand un ancien noyau fibreux, qualifié d'adénome, se développe tout à coup par la prolifération du stroma conjonctif ou l'évolution des ectasies glandulaires.

III. — *Traitement.* — A part les cas exceptionnels de kystes séreux simples, où la ponction, l'injection iodée pourraient suffire, le kyste est une partie accessoire de la néoformation pathologique, ou bien sa surface n'est pas de nature à se laisser modifier (galactocèle) ; il faut, d'une façon générale, recourir à l'extirpation. L'auteur, ne voulant pas examiner incidemment des questions chirurgicales de premier ordre, indique seulement en peu de mots le choix à faire entre l'énucléation simple, l'amputation partielle dans les tissus sains, l'amputation totale de la glande mammaire, ainsi que les divers procédés d'exérèse, la réunion immédiate et la cicatrisation à ciel ouvert.

18. — Note sur deux cas de tumeurs de la mamelle
(*Union médicale*, 16 et 18 janvier 1879)

Ce travail, inspiré par deux exemples de tumeurs du sein, est destiné à mettre en lumière quelques points de classification, de diagnostic et d'indications chirurgicales.

Dans le premier cas, il s'agit d'un carcinome dont l'ablation paraissait indiquée localement, mais qui s'accompagnait de douleurs en ceinture et dans les membres inférieurs. Ayant éliminé l'influence rhumatismale, l'auteur conclut à la propagation du cancer aux vertèbres, au début d'une paraplégie douloureuse, et par suite à la nécessité de l'abstention. La mort survint assez vite et l'autopsie démontra la généralisation.

L'autre cas est celui d'un kyste mammaire qu'on avait incisé comme un abcès, et dont l'ouverture donnait passage à une grosse végétation sarcomateuse. A propos de ce fait, l'auteur étudie la *série épithéliale* et la *série conjonctive* des tumeurs du sein, montre quelle place occupe dans cette classification l'adénome de l'ancienne école histologique française, comment la tumeur adénoïde de Velpeau, ulcérée et végétante, diffère du carcinome par son évolution, par sa malignité toute locale, et insiste sur la valeur des signes cliniques : nature de l'ulcération cutanée, forme de l'ulcère et du bourgeon sarcomateux, présence des hystes et écoulement de sérosité par le mamelon. Il donne en terminant les règles de l'intervention chirurgicale dans les tumeurs kystiques de la mamelle.

19. — Note sur un cas de blessure incomplète du nerf médian (*Union médicale*, 1er et 4 mars 1879.)

Observation nouvelle, d'où se dégagent plusieurs faits :

1° La zone d'anesthésie, après la section du nerf médian, occupe exactement le territoire que l'anatomie assigne aux branches terminales de ce tronc nerveux, d'après les recherches de l'auteur (p. 10).

2° La sensibilité ne disparaît pas complètement, ou revient quelque temps après la blessure. Ce phénomène serait dû à des fibres émanées des nerfs voisins et remontant plus ou moins haut dans le bout périphérique du nerf sectionné, après avoir traversé le réseau terminal intra-dermique (sensibilité récurrente). Mais cette suppléance fonctionnelle ne peut-elle s'expliquer par des anastomoses directes au-dessous de la plaie aussi bien que par des fibres récurrentes? L'auteur propose, avec Verneuil, un mot nouveau qui ne préjuge rien : ***sensibilité*** ou ***innervation collatérale.***

3° Les degrés de l'anesthésie sont très variables sur les différents points du même territoire. Chez certains malades, la fonction nerveuse est conservée dès le début dans une large mesure; chez d'autres, après une blessure identique, elle est abolie d'abord, puis elle se rétablit graduellement de la périphérie vers le centre.

4° La suture du nerf au catgut n'a pas nui, mais rien ne prouve qu'elle ait contribué au rétablissement des fonctions. Les preuves en faveur de la suture nerveuse ne sont pas encore faites.

20. — Note sur les résultats du pansement de Lister
(*Union médicale*, 6, 10 et 15 avril 1880)

L'auteur étudie la méthode listérienne d'après une quinzaine de faits personnels : amputations, résections, hygroma, hydrocèle, ablation du sein, abcès chauds. Il analyse les résultats obtenus, montre la sûreté et la rapidité de la guérison, et conclut ainsi : « Les *listers réussis* m'ont donné des réunions immédiates ou à peu près; d'autres, moins bien faits sans doute, en tous cas moins heureux, m'ont donné des réunions secondaires très rapides et une sécurité complète; quant aux *listers manqués*, ils m'ont paru posséder tous les avantages des pansements ordinaires très soignés et très propres. »

L'auteur en était alors à ses premiers essais de la méthode antiseptique. Il s'attachait à en suivre les « idées directrices », et s'élevait contre les chirurgiens qui croyaient faire de l'antisepsie parce qu'ils employaient une solution phéniquée. Il faisait de son mieux sans rien changer ni aux pièces du pansement ni aux divers temps de la manœuvre, estimant qu'il fallait d'abord appliquer rigoureusement les préceptes du chirurgien d'Edimbourg, et ne pas vouloir les modifier avant de les bien connaître. Les résultats obtenus n'étaient pas encore parfaits, mais déjà ils étaient bien dignes d'attention; pour ne citer qu'un exemple, nous ne pouvions voir sans étonnement, à cette époque, la réunion immédiate des grands abcès phlegmoneux.

21. — De l'extirpation des angiomes pulsatiles
(*Union médicale*, 11, 13 et 18 octobre 1881)

L'histoire de l'intervention chirurgicale dans les angiomes, et en particulier dans les « tumeurs cirsoïdes », est encombrée d'une

foule de procédés insuffisants ou dangereux, qui ont eu pour origine la *peur de la plaie* et la *peur de l'hémorrhagie*. L'auteur, comparant entre elles l'extirpation au bistouri et la méthode modificatrice la plus estimée, celle des injections coagulantes, démontre : 1° que la plaie n'est pas à craindre, à cause des progrès de l'antisepsie ; 2° que l'hémorrhagie n'est pas à craindre, à cause des progrès de l'hémostase. Ceux-ci reposent, non sur l'emploi de l'écraseur et de la section thermique, mais au contraire sur le retour au bistouri aidé des pinces à pression continue. « Ce n'est pas un paradoxe de prétendre que, dans les opérations très hémorrhagiques, et dans les opérations de précision, l'instrument le plus sûr contre l'effusion du sang est encore le bistouri. »

Par une observation personnelle, l'auteur montre l'insuffisance et les dangers du perchlorure de fer dans certains cas (il y eut des accidents emboliques, et on dut plus tard extirper la tumeur). Une autre, dont les notes ont été prises par Bouilly dans le service de Verneuil, met en lumière la valeur de l'extirpation dans un cas difficile.

Le mémoire se termine par quelques mots sur l'emploi du bistouri contre les tumeurs vasculaires, et par les conclusions suivantes : « L'extirpation réussit dans les cas graves, où le perchlorure de fer n'entre même pas en ligne de compte. Elle est bonne *a fortiori* dans les cas relativement simples, où l'hémorrhagie est moins à craindre, où l'opération radicale tranche le mal à peu de frais et amène une prompte guérison, où, au contraire, les injections traînent en longueur, échouent quelquefois, laissent la porte ouverte aux récidives, parfois même produisent des accidents redoutables et sur lesquels nous n'avons aucune prise. De telle façon qu'elle est, ou la seule ressource, ou un moyen plus commode et plus efficace que les autres. »

22. — THYROIDECTOMIE

(*Union médicale*, 17 décembre 1881)

L'ablation totale du corps thyroïde n'avait été faite, en France, qu'un petit nombre de fois et passait encore pour une hardiesse chirurgicale. Il s'agit d'une femme de 25 ans, qui portait un goître ancien, suffocant, avec dyspnée, dysphagie, altération de la voix, troubles circulatoires et nerveux ; des opérations antérieures, ponc-

tions, applications caustiques, etc., n'avaient pas arrêté le mal; aucun traitement nouveau n'avait chance de réussir.

L'opération est minutieusement décrite. La santé générale se rétablit, la dyspnée disparut, la malade montait les escaliers sans peine; mais l'aphonie fut complète et persista quatre mois, si bien qu'on avait parlé d'une double section des récurrents. Il n'y avait là, sans doute, qu'un phénomène réflexe; car, un matin, la voix reparut et la malade se mit à parler sans difficulté. L'extirpation de la thyroïde avait donc donné, non seulement un succès opératoire, mais une guérison complète.

23. — Remarques sur la sensibilité collatérale, a propos de quelques observations de plaies nerveuses

(*Bull. de la Société clinique*, 1881, p. 120).

Analyse de quelques observations de blessures des nerfs radial, cubital, etc.; étude de la zone d'anesthésie d'après les nouvelles données anatomiques (page 10), et du retour de la sensibilité par le mécanisme de l' « innervation collatérale ».

24. — Hernie crurale étranglée, suture de l'intestin, guérison

(*Union médicale*, 31 mai 1881).

Commentaires sur une observation de petite perforation de l'intestin traitée par la suture, où sont rappelés : 1° les dangers qui résultent, dans l'étranglement herniaire, non seulement des altérations locales, mais aussi de la durée de l'étranglement et des phénomènes généraux; 2° le principe de la kélotomie hâtive; 3° les conditions de la kélotomie sans réduction et de la formation d'un anus contre nature en cas de gangrène intestinale; 4° la conduite à tenir en présence d'une perforation.

25. — Abcès chauds et pansement de Lister

(*Union médicale*, 14 février 1882).

Nouvelle étude du pansement de Lister appliqué au traitement des abcès chauds (Voir p. 24). Description des précautions antiseptiques et de la technique opératoire, suivie de six observations.

26. — SUR UN CAS DE LARYNGOTOMIE INTER-CRICO-THYROÏDIENNE

(*Union médicale*, 1er juin 1882)

Observation clinique et remarques sur l'opération que Krishaber avait remise en honneur peu de temps auparavant (Rapport de Nicaise à la Soc. de chir., 27 nov. 1878). Voici les conclusions de ce premier travail sur la laryngotomie substituée à la trachéotomie *chez l'adulte* :

1° La laryngotomie inter-crico-thyroïdienne est une bonne opération, plus facile et moins dangereuse dans ses conséquences que la rachéotomie ;

2° Si cette opération, soumise à des règles précises, n'amène pas, dans les faits à venir, des dangers inattendus et que rien n'autorise à prévoir, on devra la juger comme de tous points supérieure à sa rivale ;

3° Elle doit être faite au bistouri ; une ou deux pinces à forcipressure suffiront toujours pour parer à tout événement ;

4° La canule à bec de Krishaber convient parfaitement. Celle de 9 millimètres doit être préférée, toutes réserves faites quant aux variétés individuelles que peut présenter l'espace crico-thyroïdien ;

5° La canule doit être poussée avec modération dans l'incision verticale faite à la membrane crico-thyroïdienne. Il est probable que cette incision suffira dans la plupart des cas ;

6° S'il y a trop de résistance, on n'hésitera pas à sectionner le cricoïde au bistouri sur la ligne médiane, pour permettre à la canule de décrire son arc de cercle et de pénétrer sans violence ;

7° Il ne s'agit, dans ce travail, que de l'ouverture des voies aériennes chez l'adulte.

27. — SUR L'ÉTAT FONCTIONNEL DU MEMBRE INFÉRIEUR A LA SUITE DES FRACTURES TRANSVERSALES DE LA ROTULE

(*Union médicale*, 2 septembre 1882)

Leçon clinique sur deux observations de fracture de la rotule, où sont exposées pour la première fois les idées de l'auteur sur le rôle respectif de la raideur articulaire, de l'écart des fragments et de l'atrophie musculaire dans l'impotence fonctionnelle qui suit ces

fractures. Les deux malades comparés entre eux étaient guéris dans des conditions analogues, avec un cal fibreux, sauf que celui qui fonctionnait le mieux était justement celui dont les fragments rotuliens avaient conservé entre eux la moindre solidarité ; mais chez celui-ci le triceps avait conservé en grande partie sa vigueur, tandis que chez l'autre il n'existait plus.

28. — Fistule salivaire du canal de Sténon ; nouveau procédé

(*Union médicale*, 3 octobre 1882)

Après avoir fait la critique des procédés connus pour oblitérer la fistule salivaire du canal de Sténon, l'auteur expose en détail un procédé dans lequel il y a deux choses nouvelles : l'usage d'un tube en caoutchouc et la création d'un orifice artificiel temporaire, en arrière de la fistule. Il le résume ainsi :

1° Plonger un trocart dans la fistule d'*avant en arrière*, et le faire sortir sur la joue à quelque distance, de manière à créer un orifice postérieur situé hors du cours de la salive. A l'aide d'un stylet aiguillé, mettre un fil provisoire à la place du trocart ;

2° Par la fistule, perforer obliquement la joue d'*arrière en avant*, et placer un tube en caoutchouc dont l'extrémité antérieure sorte par la bouche ;

3° Attacher l'extrémité postérieure du tube au fil provisoire, et la faire sortir par l'orifice nouvellement créé. De cette façon, une anse de caoutchouc passe derrière la fistule sans y toucher ;

4° Suturer la fistule après avivement. Mais ici, deux remarques importantes : avant la suture, il faut laisser tomber le gonflement inflammatoire, et attendre que la salive coule dans la bouche avec une facilité relative ; après la suture, il faut attendre encore, et ne pas retirer le tube avant que le cours de la salive soit entièrement libre et la cicatrice résistante.

Outre l'observation analysée dans ce travail, la thèse de P. Coursier en contient une seconde, où la guérison a été obtenue par le même procédé. (*Thèse inaug.*, Paris 1885.)

29. — Sur le traitement des adénites chroniques simples par les injections interstitielles de teinture d'iode
(*Union médicale*, 3 décembre 1882)

Il s'agit d'un mode de traitement des tumeurs ganglionnaires indolentes, aphlegmatiques, stationnaires, qui se rattachent au tempérament lymphatique, à des lésions inpétigineuses du cuir chevelu, et qui ne sont pas en voie de ramollissement. Ce traitement dispense de l'extirpation, évite les cicatrices de la région cervicale et n'offre aucun danger. La teinture d'iode, injectée pure à la dose de 10 à 30 gouttes dans les « adénites chroniques simples », n'y détermine pas de phlegmasie franche, aiguë, éliminatrice, comme le font d'autres procédés modificateurs des foyers scrofuleux ; elle éveille dans la trame du ganglion une irritation modérée qu'il est à peine besoin de calmer pendant les jours qui suivent la piqûre, et qui, loin d'aboutir à la suppuration, est suivie d'induration, de retrait progressif, d'atrophie plus ou moins complète. L'auteur a très bien réussi dans plusieurs cas dont il donne la relation.

30. — Abcès tuberculeux sous ombilical
(*Union médicale*, 13 janvier 1883)

Histoire d'un malade chez lequel l'auteur a observé une variété d'abcès subaigu répondant bien à la description qu'a donnée Heurtaux du « phlegmon sous-ombilical » (*Soc. de chir.* 1877), et ayant pour siège cette « loge sous-ombilicale » qu'on peut rationnellement décrire en anatomie topographique, loge très vaguement limitée à l'état normal, mais qu'un travail d'infiltration plastique peut circonscrire et transformer en une véritable cavité pathologique. Etant donnés les symptômes, la marche, l'état général, l'auteur fait de cet abcès une tuberculose locale ; puis il analyse le mémoire de Heurtaux, montre que plusieurs de ses observations se rattachent à la tuberculose, et termine par les conclusions suivantes :

1° Il existe une variété d'abcès sous-péritonéaux de la paroi abdominale antérieure qui répondent à la description donnée par Heurtaux du phlegmon sous-ombilical ;

2° Notre confrère de Nantes a fidèlement indiqué les caractères cliniques et le siège anatomique de ces collections ;

3° Parmi les cas jusqu'ici observés, il en est dont l'étiologie nous échappe ; mais la plupart étaient vraisemblablement des abcès tuberculeux.

31. — Amputation d'un orteil surnuméraire
(*Union médicale*, 11 février 1883)

Description d'un cas de polydactylie chez une jeune fille de seize ans, et examen des conditions dans lesquelles la chirurgie doit intervenir. Quand l'orteil surnuméraire est uni au reste du pied par une articulation complète, si on fait l'amputation partielle de la phalange anormale, conseillée par Sédillot pour éviter l'arthrite et les suppurations diffuses, le cartilage de conjugaison peut être le point de départ d'une ossification nouvelle et reproduire la difformité (observation de Chrétien). Conclusions :

1° Quand un orteil surnuméraire, au lieu de faire suite à un métatarsien, constitue un appendice latéral, gênant et douloureux, nous devons intervenir;

2° S'il est rudimentaire, l'excision en est fort simple ; s'il est soudé au métatarsien, il faut l'extirper en rasant de très près et ruginant la surface d'implantation ; s'il est articulé, il faut éviter l'ablation partielle de Sédillot, faire avec le bistouri la désarticulation pure et simple, et, si on craint la présence d'une synoviale commune, se fier aux pansements antiseptiques pour éloigner les accidents.

32. — Déchirure totale du périnée ; restauration par le procédé de Richet
(*Union médicale*, 22 avril 1883)

Description d'une déchirure périnéale profonde, à laquelle fut appliquée avec succès la périnéorrhaphie par le procédé de Richet, dédoublement de l'éperon, décollement latéral de la muqueuse vagino-vulvaire, suture vaginale antéro-postérieure et suture verticale du périnée.

L'auteur compare entre eux les divers procédés, admet pour les cas simples celui de Gaillard Thomas et de Jude Hue, qui

alors commençaient à réunir les suffrages, et pense — opinion sur laquelle il reviendra plus tard — que celui de Richet convient mieux aux déchirures profondes.

33. — ABLATION D'UN ÉPITHÉLIOME INTRA BUCCAL CHEZ UN DIABÉTIQUE (*Soc. de chir.*, 2 mai et *Union médicale*, 6 mai 1883)

Histoire d'un malade de 65 ans, entaché de plusieurs diathèses : arthritisme, paludisme, alcoolisme et diabète. Opéré pour un cancer étendu de la face interne de la joue, compliqué d'un ganglion cervical, il guérit par réunion immédiate, mieux et plus vite que ne l'auraient fait à sa place bien des hommes plus jeunes et sans trace de lésions antérieures.

L'auteur fait remarquer à ce propos que les états morbides antérieurs n'ont souvent sur les suites du traumatisme qu'une influence banale, et qu'il est dans certains cas impossible, dans d'autres inopportun d'en tenir compte ; si bien que :

1° Quand l'organisme, en puissance d'un état constitutionnel défini, possède encore de bons tissus et n'est pas sérieusement affaibli, nous ne devons pas nous intimider outre mesure ni prévoir des dangers sans nombre ;

2° Si nous avons pour principe de nous limiter, autant que possible, aux opérations nécessaires, la connaissance d'un état morbide antérieur peut assombrir le pronostic, mais il est rare qu'elle modifie profondément la conduite chirurgicale.

34. — NOTE SUR L'INNERVATION COLLATÉRALE A PROPOS D'UNE RÉSECTION DU NERF MEDIAN

(*Soc. de chir.*, 23 mai et *Union médicale*, 27 mai 1883)

Relation d'un fait clinique où sont étudiées les modifications des mouvements et de la sensibilité après une résection du nerf médian, et qui peut se résumer ainsi :

« Le nerf médian, par la présence d'un fibrome sur un point de son trajet et par l'altération d'une certaine quantité de ses fibres, a perdu en grande partie son influence sur les téguments et les muscles qu'il innerve ; mais sa continuité n'est pas interrompue, ainsi

que le prouvent et la persistance de tous les mouvements volontaires auxquels il préside, et aussi les détails de l'opération. Cela étant, la tumeur est extirpée et le tronc nerveux réséqué sur une étendue de plusieurs centimètres. Deux phénomènes apparaissent alors : la sensibilité, quoique diminuée après l'acte chirurgical, existe encore dans toute la zone où le nerf médian distribue ses filets ; d'autre part, certains mouvements sont abolis, mais on en voit persister plusieurs qui, dans l'opinion générale, sont commandés par le nerf médian ; la deuxième et la troisième phalange des doigts médius, annulaire et auriculaire ont conservé l'intégrité de leurs fonctions. »

Sur la persistance de la sensibilité, rien à dire qui soit bien nouveau. Mais comment s'expliquer les phénomènes musculaires, puisque rien jusqu'ici n'a pu nous faire supposer qu'il y ait, pour les muscles, une innervation collatérale ? L'auteur trouve la solution du problème dans un fait anatomique entrevu par les vieux auteurs et ignoré de nos traités actuels : l'existence d'une anastomose qui, onze fois sur quinze, d'après Verchère, unit le cubital au médian, à la partie supérieure de l'avant-bras. D'où il suit que le nerf médian et le nerf cubital innervent tous les deux, chez bon nombre de sujets, les deux fléchisseurs communs.

Malheureusement, le fait n'est pas constant ; et, puisque l'innervation collatérale est impuissante à nous donner, pour les fonctions musculaires, des résultats cliniques sérieux, c'est au problème de la régénération qu'il faut nous attacher. Le progrès désirable, c'est la *régénération précoce*, capable de prévenir les déformations et les griffes, en un mot, dans des conditions analogues à celles qu'on a depuis longtemps réalisées chez les animaux.

35. — Sur l'étranglement herniaire

(*Union médicale*, 10 juin 1883)

Etude sur un cas de hernie crurale étranglée, où la kélotomie fut suivie d'une diarrhée profuse avec grande faiblesse, cyanose et aspect chlériforme, terminée par la guérison au bout d'une huitaine de jours.

A ce propos, l'auteur étudie la valeur relative des principaux phénomènes de l'étranglement : 1° rétention des matières et septicémie d'origine intestinale (la constipation peut durer plusieurs jours sans danger, après la levée de l'étranglement) ; 2° lésions mécaniques (perforation, gangrène, issue des matières, péritonite) ; 3° compression des nerfs de l'intestin (phénomènes réflexes ; hernies avec lésions locales, guéries par l'opération après une constriction de courte durée ; hernies sans lésions, suivies de mort après l'opération, à cause de la longue durée de l'étranglement).

Conclusions pratiques sur les mesures à prendre en présence des hernies gangrenées, des étranglements internes ; sur les moyens dilatoires qui cherchent à éluder l'intervention chirurgicale.

36. — Sur l'étranglement herniaire
(Union médicale, 9 octobre 1883).

Observation de hernie crurale étranglée ; perforations et sutures ; guérison. L'auteur, insistant de nouveau sur les dangers de la temporisation, montre que ce nouveau fait est la condamnation du taxis immodéré. Après quatre essais de réduction, l'étranglement n'ayant pas duré plus de 48 heures, on trouva l'épiploon contusionné, plein de sang, et trois perforations sur la convexité d'une anse intestinale qui, au niveau du collet, n'avait pas encore souffert de la constriction. Evidemment, c'est à la main qui a pétri cette hernie sans mesure que sont dues ces lésions précoces et d'un caractère non douteux.

Nouvelles considérations sur la valeur relative des lésions mécaniques et des phénomènes nerveux de l'étranglement herniaire.

37. — De l'occlusion génitale dans les fistules vésico-vaginales compliquées
(Union médicale, 13 novembre 1883).

Deux observations de fistules vésico-vaginales avec grands délabrements, rigidité cicatricielle des parois vaginales et des bords de la fistule, impossibilité de songer au traitement direct de l'orifice anormal par la méthode américaine. Examen de la méthode indirecte de Vidal (de Cassis), des conditions de succès et des procédés

divers de l'occlusion génitale, réfutation des objections qu'on lui a opposées.

38. — L'ARTHROTOMIE ANTISEPTIQUE ET LES FRACTURES TRANSVERSALES DE LA ROTULE
(Union médicale, 22 novembre 1883).

A propos d'une discussion à la Société de chirurgie, l'auteur revient sur les conditions dans lesquelles, selon lui, l'arthrotomie immédiate et la suture des fragments rotuliens peut être utile (Voir p. 27).

L'écartement n'est pas la vraie cause de l'impotence fonctionnelle ; l'atrophie du triceps en est le facteur le plus important. L'auteur a vu une dame qui marchait facilement avec une fracture ancienne des deux rotules et 12 centimètres d'écart aux deux membres ; ses deux triceps étaient en bon état. L'écartement supprime l'action du droit antérieur, qui est à peine le quart de la masse musculaire ; les vastes interne et externe suffisent au mouvement d'extension, si les parties fibreuses latérales qui les attachent au fragment inférieur et au tibia sont conservées.

L'auteur signale ici, pour la première fois, l'importance de la large déchirure des parties fibreuses latérales. Si elle existe, il y a solution de continuité entre la jambe et les différentes parties du triceps ; quel que soit l'état du muscle, il faut suturer la rotule.

39. — LA SUTURE DES NERFS ET LA RÉGÉNÉRATION CHEZ L'HOMME
(Union médicale, 4 décembre 1883).

Dans un travail antérieur (p. 31), l'auteur a dit que la régénération précoce des nerfs, avec prompt retour des mouvements, n'était pas encore démontrée chez l'homme, l'innervation collatérale suffisant toujours à expliquer la conservation ou le retour de la sensibilité.

Dans cette note, il analyse une observation de Chrétien (de Nancy), sur laquelle il a fait un rapport à la Société de chirurgie, et une autre qu'il a trouvée dans *the Lancet* du 4 août 1883 : toutes deux fournissent la preuve de cette régénération, par le retour des fonctions musculaires, pour lesquelles il n'existe pas de voies colla-

térales ni autres causes d'erreur. Il examine en quelques mots l'influence de l'âge des sujets et le rôle probable de la suture des troncs nerveux.

40. — De l'énucléation des myomes utérins
(*Union médicale*, 7 et 8 juin 1884).

Considérations préliminaires sur la classification, le siège, le diagnostic des fibrômes de l'utérus.

Historique et manuel opératoire de l'énucléation des myômes interstitiels (opération d'Amussat), telle que la décrivent les auteurs. Examen des difficultés opératoires et des causes de mort.

Observation personnelle, où une tumeur volumineuse incluse dans la paroi postérieure de l'utérus fut attaquée par la voie vaginale, énucléée *par morcellement* pendant deux heures vingt minutes, chez une malade qui avait une insuffisance aortique très caractérisée et dont la vie était compromise par des pertes abondantes.

Il n'était pas question, à cette époque, du morcellement comme méthode générale d'extirpation des fibrômes utérins. C'était, dans ce cas, un procédé de nécessité. La malade guérit, non sans avoir eu, au bout de neuf jours, des accidents septiques dus à la rétention de quelques débris sphacélés.

L'énucléation d'Amussat, opération encore mal réglée, devenait légitime et moins dangereuse à mesure que la méthode antiseptique se perfectionnait.

41. — Abcès chauds et pansement de Lister
(*Union médicale*, 12 octobre 1884).

Le pansement de Lister a été modifié de mille façons. Le tissu qui forme les pièces du pansement n'a sans doute qu'une importance secondaire, mais la conduite à tenir repose sur un ensemble d'idées directrices qui veulent être comprises et respectées (voir p. 24 et 26).

Trois observations, dont la plus remarquable est celle d'un énorme phlegmon sous-péritonéal de la paroi abdominale antérieure, tari en huit jours avec une extrême simplicité.

Nouvelles considérations sur le sens réel de chacun des temps de la manœuvre antiseptique.

42. — PLAIE ET SUTURE DES TENDONS FLÉCHISSEURS DE L'INDEX DANS LEUR GAINE DIGITALE
(*Union médicale*, 23 novembre 1884).

On trouve dans les auteurs beaucoup d'exemples de plaies dorsales de la main ou des doigts et de sutures des tendons extenseurs. Les fléchisseurs ne sont guère intéressés qu'au poignet; s'ils le sont dans les coulisses fibreuses des doigts, ils sont détruits par un panaris ou compris dans un traumatisme grave où la lésion tendineuse disparaît. Mais la section des fléchisseurs en un point de la gaîne digitale, respectant les autres parties, faisant du doigt un appendice inerte, et réparée par notre intervention, voilà un fait qui paraît inconnu dans la littérature médicale; l'auteur n'a pu en trouver d'autre exemple que le sien.

Chez une jeune fille de 19 ans qui s'était blessée avec un éclat de verre, il a obtenu une attitude commode en demi-flexion et un léger mouvement de la phalangine, qui vient s'ajouter à l'attitude permanente et à l'action des interosseux pour donner une flexion suffisante et rétablir les fonctions dans une large mesure, au point que la jeune fille n'en demande pas davantage et s'applaudit de l'intervention.

La suture des tendons fléchisseurs dans leur gaine digitale est donc une bonne opération, qui nous permet de faire d'un appendice inerte et gênant un doigt utile et fonctionnant bien.

43. — DES INJECTIONS INTERSTITIELLES DE TEINTURE D'IODE
(*Union médicale*, 1er janvier 1885)

Note sur la valeur comparée de la teinture d'iode et d'autres substances, en particulier l'ergotine, dans le traitement du goître par les injections interstitielles.

Observation du docteur Bouyer (de la Creuse), où l'ergotine injectée détermina la fonte purulente de la glande thyroïde et l'ouverture de l'abcès dans les voies aériennes, suivie de la guérison de la malade et de la disparition complète de la tumeur.

44. — De la thyroidectomie
(*Union médicale*, 1er et 3 février 1885).

Dans ce travail sont analysés deux faits : le premier est un exemple d'aphonie, guérie spontanément au bout de quatre mois, après l'ablation totale de la thyroïde; dans le second, les deux nerfs récurrents ont été coupés, et la malade est morte d'asphyxie.

Appuyé sur ces deux faits, l'auteur étudie avec détails : 1° l'*altération de la voix* consécutive à la thyroïdectomie; tous les cas relatés par les auteurs, où les récurrents ont été blessés; tous ceux où l'aphonie a été passagère, ce qui prouve qu'elle n'était pas liée à la section des récurrents, et qu'une simple irritation de ces nerfs peut en être la cause; 2° la *dyspnée par lésion du récurrent*, abstraction faite des causes multiples qui peuvent entraver l'acte respiratoire après l'ablation de la glande thyroïde. Il en admet deux formes : l'une par excitation des récurrents et spasme de la glotte, l'autre par section des mêmes nerfs et paralysie du larynx. Puis, examinant de plus près les rapports physiologiques entre la gêne respiratoire et la paralysie des cordes vocales, il pense avec Krishaber que l'excitation du récurrent amène l'occlusion de la glotte et la dypsnée, mais que la paralysie laisse béante l'ouverture du larynx et qu'il n'y a d'asphyxie possible après la section complète que si le bout supérieur est irrité (pincement, ligature, injection phéniquée).

Conclusions : Si les récurrents sont épargnés, l'aphonie n'est pas grave, elle guérira presque sûrement; à tout prix, il faut ménager les récurrents, dont la blessure est la cause d'aphonies incurables et peut être mortelle. Il faut donc modifier le manuel opératoire, ne plus faire la ligature préalable des quatre pédicules vasculaires, aller devant soi pas à pas, isoler chaque vaisseau, ne jamais lier en masse. Il faut surtout choisir de préférence l'extirpation partielle, l'énucléation, l'évidement. Et cela d'autant plus que l'ablation totale de la glande amène des accidents de « crétinisme opératoire » bien connus aujourd'hui, et qui ont donné lieu à de curieuses expériences physiologiques (Schiff, Kocher).

45. — CALCUL DE L'URÈTHRE ET CALCUL ENCHATONNÉ DE LA PROSTATE
(*Union médicale*, 1er mars 1885).

Histoire résumée des calculs uréthraux, origine, siège, évolution, manœuvres de l'extraction directe, du refoulement dans la vessie, de la boutonnière, à propos d'une observation que l'auteur raconte en détail, montrant les délicatesses de l'exploration, du diagnostic, et les difficultés d'une opération laborieuse aboutissant à l'extraction d'un calcul du volume d'un petit œuf, pesant 32 grammes et enchatonné dans la région prostatique de l'urèthre.

46. — TRAITEMENT CHIRURGICAL DU VARICOCÈLE
(*Union médicale*, 29 mars 1885).

Enumération des méthodes diverses appliquées autrefois au varicocèle. Avantages des opérations à ciel ouvert, plus sûres et plus efficaces, à la condition d'être faites sous la protection de l'antisepsie.

La meilleure méthode est la section des veines variqueuses entre deux ligatures. Dans l'observation présente, l'auteur a réséqué un tronçon du paquet variqueux au lieu de le couper simplement, parce que les ligatures étaient assez éloignées l'une de l'autre.

Il n'y a pas eu de résection du scrotum, celui-ci n'étant pas exubérant.

L'opération à ciel ouvert permet quelquefois d'isoler et de respecter l'artère spermatique, pour éviter l'atrophie du testicule. Mais ce danger n'est pas fort à craindre, l'isolement de l'artère est souvent impossible, et quand on est obligé de la sacrifier, elle est suppléée par la funiculaire et la déférentielle.

47. — SUR L'ÉTAT FONCTIONNEL DU MEMBRE INFÉRIEUR A LA SUITE DES FRACTURES TRANSVERSALES DE LA ROTULE
(*Union médicale*, 26 avril et 27 septembre 1885).

Travail développé sur une question que l'auteur a déjà étudiée sommairement (Voir p. 27 et 34).

Une fracture transversale de la rotule, traitée par les appareils,

guérit avec un cal fibreux, un écart entre les fragments, une raideur articulaire passagère, un affaiblissement du triceps et une impotence fonctionnelle plus ou moins grave : défaut d'extension active, flexions subites, etc. Quelles sont les causes de cette impuissance du membre ? Est-ce le manque de consolidation, la pseudarthrose, comme dans les autres fractures ?

Depuis longtemps, les auteurs ont vu certains biessés marcher très bien avec des cals fibreux et de grands écartements ; quelques-uns même craignaient la soudure osseuse et cherchaient à l'éviter. Plusieurs cas ont été cités à la Société de chirurgie, où l'intégrité fonctionnelle était complète avec une longue distance entre les fragments. Souvent, à mesure que la raideur se dissipe, le cal s'allonge, et, à mesure qu'il s'allonge, reviennent la force du membre et la précision des mouvements. D'autre part, on voit des impotences très sérieuses avec des écarts minimes et des soudures étroites.

Ce défaut de rapport entre les fonctions du membre et la pseudarthrose n'a rien d'étonnant : la fracture non consolidée équivalant à une « désinsertion du droit antérieur », les deux vastes, c'est-à-dire la majeure partie du triceps, continuent à tirer sur le ligament rotulien et sur le tibia. Mais il faut faire une réserve : s'il y a une assez large déchirure des parties fibreuses latérales pour que la masse entière du triceps ne tienne plus à la jambe que par des liens peu solides, alors, quelle que soit la puissance musculaire, elle devient inutile ; le mouvement ne pouvant plus se transmettre à la jambe, la pseudarthrose et la déchirure doivent être incriminées avant tout.

Cette réserve faite, la cause essentielle de l'impotence est l'atrophie musculaire. L'auteur en étudie la cause, les caractères cliniques, l'évolution, et établit « que l'impuissance du membre est à peu près sans rapport avec l'écartement, mais qu'elle est en relation directe et constante avec l'état fonctionnel du triceps ».

Viennent ensuite une série d'observations personnelles, dont l'étude comparative montre bien la vérité de cette assertion ; plusieurs faits cliniques empruntés à Henriet, Picqué, L.-H. Petit, etc.; enfin, une discussion dans laquelle l'auteur examine et combat les conclusions d'une lettre de Gosselin, publiées dans les *Archives générales de médecine*, détermine plus étroitement les conditions physiologi-

ques de « l'insuffisance du triceps », la distinction qu'il faut établir entre la gêne fonctionnelle transitoire amenée par l'arthrite douloureuse et l'impotence vraie qui survit à l'arthrite et à la raideur, et dit enfin « qu'un membre inférieur n'est jamais sérieusement compromis, quel que soit l'écart entre les fragments, si la masse musculaire est aussi volumineuse que du côté opposé ; car on voit des fonctions rétablies avec un certain degré d'atrophie persistante, mais on ne voit pas de fonctions perdues avec un muscle sain. »

Les déductions thérapeutiques seront l'objet d'un travail ultérieur.

48. — Uréthrotomie interne. — Instillations.
(*Union médicale*, 24 mai 1885)

Analyse détaillée d'une observation de rétrécissement de l'urèthre, avec suppuration du canal, cystite du col et fistule périnéale, pour lequel le seul traitement légitime était l'uréthrotomie interne. L'auteur passe en revue les indications et le manuel opératoire de l'uréthrotomie, les instruments et les procédés qui l'ont compromise, son mode d'action, les conditions requises pour qu'elle soit utile et inoffensive ; puis les divers traitements de l'uréthrite postérieure, la définition du « col vésical », le *modus faciendi* et les résultats des instillations de nitrate d'argent.

49 — Traumatisme et Tuberculose
(*Soc. de chir.*, 21 octobre, et *Union médicale*, 8 novembre 1885).

Observation de tuberculose généralisée suraiguë, développée brusquement chez un homme en parfaite santé apparente, immédiatement après le curage d'une synovite fongueuse du poignet.

Examen des théories invoquées dans les cas de ce genre : « auto-inoculation ou coup de fouet ». Dans quelle mesure l'acte opératoire doit-il êre incriminé ou regretté ? Quelles déductions en tirer sur la valeur et l'opportunité des opérations chez les tuberculeux ? Comme l'auteur l'a dit à propos du diabète (Voir p. 31), pour les chirurgiens qui n'opèrent pas à la légère et sans indications formelles, la notion des états morbides antérieurs a une influence qu'on ne peut nier sur le pronostic des opérations, mais elle ne modifie pas notablement les limites de l'intervention chirurgicale.

50. — Sur un cas d'hématurie
(*Union médicale*, 20 décembre 1885).

Histoire d'un cas intéressant d'hématurie persistante chez un homme de soixante-douze ans. Examen des caractères de l'urine, des conditions dans lesquelles l'écoulement sanguin apparaît, des signes physiques, des résultats du cathétérisme. Discussion approfondie sur l'origine du sang, sur la nature de la lésion : papillome ou épithéliome ? varices vésicales ?

51. — Traitement des kystes hydatiques du foie (*Soc. de chir.* 25 novembre 1885, et *Union médicale*, 31 janvier 1886).

Indications générales du traitement des kystes hydatiques. Examen critique des ponctions capillaires, de la méthode de Récamier, de celle du gros trocart. Observation tirée du service de Richet, et montrant les dangers possibles de la ponction capillaire.

Aux incertitudes et aux périls des traitements aveugles, l'auteur oppose les avantages de l'*incision franche du péritoine*, et mentionne les premières laparatomies faites en France contre les kystes hydatiques du foie, par Terrier, Championnière, Richelot, Segond, Monod (1885). C'est la première fois que la question est portée à la tribune de la Société de chirurgie. Il examine la conduite à tenir pour les kystes venant de la face inférieure du foie, pour ceux de la convexité, suivant leur volume et leurs rapports : incision de l'abdomen, ouverture ou résection partielle de la tumeur en protégeant le péritoine, suture à la paroi, évacuation complète et drainage. Il répond aux objections des membres de la Société de chirurgie, portant sur la prétendue gravité de l'ouverture abdominale. Celle-ci n'est pas « une seule méthode » qu'on se propose d'appliquer aveuglément à tous les kystes ; c'est, au contraire, la conduite la moins systématique. C'est justement parce que les indications varient qu'il est bon de commencer toujours par le moyen qui permet de les reconnaître. En résumé, les règles de l'intervention peuvent se formuler ainsi : 1° Incision franche du péritoine ; 2° exploration de la tumeur ; 3° traitement variable du kyste, approprié à son volume et à ses convexions.

52. — Hystérectomie vaginale
(*Soc. de chir.*, 11 novembre 1885, et *Union médicale*, 28 février 1886).

Première observation d'hystérectomie vaginale faite par l'auteur pour cancer de l'utérus ; c'était le huitième cas présenté à la Société de chirurgie.

Dans ce fait, la malade est morte d'hémorrhagie, un des ligaments larges ayant été mal serré par les fils de soie. Pour la première fois, l'auteur propose de remplacer les ligatures par les pinces à demeure : « Je crois, dit-il, que ces pinces, étreignant les deux ligaments larges, nous dispenseront des ligatures et rempliront parfaitement la double indication que je vous ai signalée : 1° assurer l'hémostase ; 2° abréger la durée de l'opération... En résumé, je ne crois pas me faire illusion en disant que la suppression du temps le plus difficile de l'hystérectomie vaginale constituera un véritable progrès, puisqu'elle diminuera la violence des manœuvres et préviendra sûrement l'hémorrhagie. Le procédé que je vous propose, et que j'emploierai certainement à la première occasion, c'est la pince à pression substituée à la ligature des ligaments larges. L'antisepsie fera le reste, et l'opération ainsi réglée nous donnera, j'espère, de beaux succès. »

A la suite de cette communication, Terrier, Bouilly, etc., adoptèrent le procédé des pinces à demeure, qui bientôt se répandit et contribua à la vulgarisation de l'hystérectomie vaginale. A cette époque, Péan se servait des pinces au cours de l'opération, les enlevait toutes après avoir lié en deux faisceaux les ligaments larges, et fermait la plaie vaginale par la suture.

Comme la question de priorité a soulevé une vive controverse, il n'est pas inutile de citer les principaux passages d'une lettre écrite par l'auteur à la *Gazette des Hôpitaux* et parue le 20 avril 1889 :

« ... Permettez-moi de rétablir les faits en quelques mots. Après ma communication du 11 novembre 1885 à la Société de chirurgie, où je donnais le conseil d'abandonner toute ligature et de faire l'hémostase définitive des ligaments larges en laissant les pinces à demeure, j'ai reçu la lettre suivante :

1er mars 1886.

Mon cher Richelot,

Je ne pense pas que ce soit à dessein que vous ayez oublié de mentionner dans l'*Union médicale* les premiers cas d'hystérectomies vaginales que j'ai pratiquées à Paris, bien qu'ils aient été communiqués en 1883 à l'Académie de médecine et mentionnés par divers journaux. Sans doute, vous n'en avez pas pris connaissance à la bibliothèque de l'Académie.

Aussi, je me fais un véritable plaisir de vous envoyer la leçon clinique où ils ont été mentionnés. Elle est extraite du tome IV des *Cliniques de Saint-Louis* qui paraîtra dans quelques jours.

Ma première opération a été faite à Paris, avant que notre confrère Demons ait fait sa première hystérectomie vaginale à Bordeaux. Les deux suivantes ont été également faites en 1882. Vous voyez qu'elles intéressent la statistique parisienne. Depuis cette époque, j'ai fait trois autres opérations semblables avec deux succès, ce qui, pour ma pratique personnelle, porte à six le nombre des opérées, avec quatre succès et deux insuccès. Je tiens d'ailleurs à votre disposition toutes les observations et toutes les pièces anatomiques à l'appui, si elles peuvent être utiles pour vos recherches.

Votre dévoué collègue,

PÉAN.

« On voit que dans cette lettre il n'est pas dit un mot de la forcipressure. C'est que, dans les trois observations communiquées à l'Académie, l'auteur n'utilise pas les pinces à demeure ; il recommande expressément — j'ai la brochure sous les yeux — d'enlever toutes celles qui ont servi au cours de l'opération, de les remplacer par des ligatures et de procéder à la fermeture de la plaie, en adossant les feuillets péritonéaux.

« Parut ensuite la thèse de Gomet (*De l'hystérectomie vaginale en France*, juillet 1886), où sont publiées dix nouvelles observations de Péan, jusqu'alors inédites. Dans l'une d'elles, datée du 19 juin 1885, l'auteur s'exprime ainsi : « Il m'aurait été impossible, en raison de la hauteur à laquelle ces pinces étaient placées, de les enlever; je me décidai à les laisser à demeure et je ne fis pas de suture de la plaie. » Dans la même thèse est décrit le procédé de Péan, qui consiste à faire basculer l'utérus, à lier en deux faisceaux chaque ligament large, et à fermer la plaie par 10 à 20 points de suture.

« Déjà Bœckel, le 26 octobre 1882, avait laissé deux longues pinces à demeure sur des vaisseaux que les fils ne pouvaient atteindre ; Jennings (de Londres) avait agi de même, après échec de la ligature, le 30 octobre 1885.

« Ces faits m'étant connus, je déclarai formellement au Congrès français de chirurgie, le 19 octobre 1886, qu'en me servant des

pinces à demeure dans l'hystérectomie vaginale, je n'avais fait « aucune invention », et que mes droits de priorité se réduisaient à la formule suivante : emploi systématique des pinces à demeure et suppression de toute ligature, non pas à titre d'expédient et dans les cas difficiles, mais toujours et comme procédé d'élection. Cette phrase n'a rien d'ambigu ; aujourd'hui encore, elle me paraît suffire pour répondre aux accusations qui ne m'ont pas été ménagées... »

Autre document. Doyen (de Reims), dans un travail sur le *Traitement chirurgical des affections inflammatoires et néoplastiques de l'utérus et de ses annexes* (Arch. provinciales de chirurgie, 1er décembre 1892), écrit :

« Richelot avait proposé, dès novembre 1885, de laisser les pinces à demeure selon l'idée de Spencer Wells. Le 8 juillet 1886 et de propos délibéré, il mit ce procédé à exécution, puis le communiqua à l'Académie de médecine le 13 juillet. Il est donc bien évident que Péan, tout en ayant auparavant, par exception ou par nécessité, laissé des pinces à demeure après l'hystérectomie vaginale, n'a employé méthodiquement la forcipressure, non plus temporaire, mais définitive, que le 4 juillet, c'est-à-dire dans sa deuxième hystérectomie qui suivit la communication de Richelot (13 juillet). Le 19 juillet, il avait encore lié et réduit les ligaments ; cette opérée succomba.

« Ces dates, dont l'exactitude est facile à vérifier, assurent sans conteste à Richelot la priorité dans l'application méthodique à l'hystérectomie des pinces à demeure. Bien mieux, la revendication de Péan au 2e congrès de chirurgie (1886) est tout artificielle et n'est basée que sur ce fait qu'il laissait des pinces à demeure dans d'autres opérations. Aussi, ne pouvant opposer à Richelot des dates précises concernant l'hystérectomie, ne trouve-t-il rien de mieux à faire que de détourner la discussion en la plaçant sur un terrain général, pour se proclamer l'inventeur de la méthode hémostatique. »

Et plus loin : « Cette question se résume donc ainsi : la forcipressure temporaire des ligaments larges appartient sans conteste à Péan, qui n'a fait, comme il le dit très bien, qu'appliquer à l'hystérectomie vaginale sa méthode générale de pincement des vaisseaux.

La forcipressure définitive a été conçue primitivement par Spencer Wells, et c'est à Richelot que revient l'honneur de l'avoir généralisée. »

53. — LARYNGOTOMIE INTER-CRICO-THYROIDIENNE
(*Soc. de chir.*, 24 mars, et *Union médicale*, 11 avril, 8 et 9 mai 1886).

L'idée d'ouvrir les voies aériennes dans l'espace crico-thyroïdien appartient à Vicq-d'Azyr ; elle a été remise en honneur par Krishaber. L'auteur, qui l'a déjà préconisée (voir p. 27), possède maintenant un nombre de faits suffisant pour la juger en pleine connaissance de cause ; il demande qu'on la préfère à la trachéotomie *chez l'adulte*, comme étant plus facile et moins dangereuse.

Analyse de cinq observations où la laryngotomie a été faite pour des cancers de la bouche et du maxillaire inférieur, du pharynx, de la base de la langue, une laryngite tuberculeuse, un rétrécissement syphilitique.

Après quelques mots d'historique, l'auteur expose les dangers de la trachéotomie chez l'adulte, et montre les efforts tentés par les auteurs pour se prémunir contre eux, et surtout contre l'hémorrhagie : trachéotomie sous-cricoïdienne de Decès, résection du cricoïde par Nélaton, emploi du thermo-cautère. Critique de ces divers procédés.

Rappel des travaux anatomiques récents sur l'espace crico-thyroïdien. La région est absolument simple, et ne contient aucun organe à ménager. L'auteur demande la permission de parler « en chirurgien » d'une opération dont l'intelligence ne réclame ni détails anatomiques à perte de vue, ni description minutieuse de temps successifs. Le manuel opératoire tient en quelques lignes ; il faut surtout éviter les instruments et les préceptes inutiles. Remarques sur les dimensions de l'espace, celles de la canule (9 à 10 millimètres) ; inutilité des larges canules recommandées par Trousseau.

Analyse d'une discussion à la Société de chirurgie (1882), qui s'est montrée assez favorable à l'opération nouvelle ; examen de quelques objections. Comparaison avec la trachéotomie, indications respectives des deux méthodes, conclusion :

« Chez l'adulte, quand on est libre de choisir entre l'ouverture du larynx et celle de la trachée, la première est préférable de tous points, la seconde est une imprudence. »

54. — Sur un procédé d'ablation du cancer de la langue (*Union médicale*, 3 juillet 1886).

Examen des conditions dans lesquelles le cancer de la langue est opérable. Quelques mots sur l'emploi de l'écraseur, du thermo-cautère, etc. L'auteur propose d'enlever la tumeur avec le bistouri ou les ciseaux, après avoir fait l'hémostase préventive à l'aide de pinces d'un modèle spécial, « faites par Mathieu sur les indications de M. Péan ». Ces pinces peuvent être laissées à demeure, mais il vaut mieux les retirer après avoir suturé la plaie, ce qui assure l'hémostase. Conclusion : l'usage des pinces longues (peu importe le modèle), des ciseaux et de la suture constitue le meilleur procédé pour l'ablation des épithéliomes circonscrits de la langue

55. — Sur un cas d'hystérectomie vaginale. — Indications et manuel opératoire (*Académie de médecine*, 13 juillet, et *Union médicale*, 17 et 18 juillet 1886).

Après avoir dit quelques mots des indications de l'hystérectomie vaginale dans le cancer utérin, l'auteur expose en détail une observation de *rétroflexion utérine* traitée par l'extirpation totale. Il discute les divers modes d'intervention, et montre comment, en présence d'un état des plus graves, l'opération la plus radicale était légitime ; et cela d'autant mieux que le nouveau traitement des ligaments larges par les pinces à demeure lui donne une plus grande bénignité.

Il rappelle les origines du procédé, sa communication à la Société de chirurgie le 11 novembre 1885, et dit : « Je puis donc affirmer que nul chirurgien n'a encore mis en pratique le procédé que je conseille, pour la même opération et dans les mêmes termes, c'est-à-dire en laissant les pinces longues à demeure dans la cavité pelvienne, en plein péritoine, pendant quarante-huit heures, pour simplifier l'acte opératoire, abréger la manœuvre intra-péritonéale

et assurer l'hémostase définitive. » La connaissance ultérieure des faits de Bœckel, Péan et Jennings, où les pinces avaient été laissées à demeure sans préméditation et par nécessité (voir p. 42), laisse entière cette proposition, qui définit clairement non plus un expédient, mais l'emploi systématique et bien réglé d'un procédé d'élection.

Il donne ensuite la description de l'hystérectomie vaginale, de ses divers temps, du traitement de la plaie, des soins consécutifs, et mentionne quatre opérations qui lui ont donné quatre succès. Puis il conclut, relativement aux indications : « Le cancer utérin, et c'est fort heureux, n'est pas le seul motif d'intervenir... Les lésions sans récidive ne laissant après elles aucune arrière-pensée, nous devons les regarder comme les indications les plus intéressantes de l'hystérectomie vaginale. Je l'ai faite et la ferai encore pour des petits fibrômes et pour une simple rétroflexion utérine à symptômes menaçants ; je la ferai certainement pour des prolapsus rebelles... Je m'attacherai à saisir, au moment où on peut leur donner passage, les lésions qui déjà menacent la vie et celle dont la marche progressive annonce pour plus tard ou des troubles irrémédiables, ou la nécessité d'une intervention plus dangereuse. Ainsi comprise, et secourue par un bon outillage, l'hystérectomie vaginale est une opération d'avenir. »

56. — Trois observations d'hystérectomie vaginale
(*Union médicale*, 7 août 1886).

Deux observations de cancer, une de petits fibrômes remplissant un utérus enclavé. Commentaires et conclusion : « N'hésitons pas, quand nous sommes consultés à temps, quand les symptômes nous indiquent une marche progressive, à tirer en bas les tumeurs qui peuvent passer dans la filière pelvienne. Pourquoi la plupart des auteurs n'ont ils songé qu'à l'épithéliome ? C'est que lui seul pouvait légitimer une opération dangereuse, difficile et mal réglée. Mais, aujourd'hui qu'elle peut guérir à peu de frais des maladies que nous regardions s'accroître en spectateurs désarmés ou timides, je n'hésite pas à croire que ses indications vont s'étendre. »

57. — Sur un cas d'exstrophie de la vessie
(*Union médicale*, 10 octobre 1886).

Exposé sommaire des méthodes et des procédés. Il faut, jusqu'à nouvel ordre, nous en tenir à la méthode autoplastique ; le meilleur procédé est celui de Wood, à trois lambeaux superposés, complété par le lambeau préputial de Le Fort. Analyse d'une opération suivie de succès chez un enfant de deux ans. Remarques sur l'âge et sur les détails du manuel opératoire.

58. — Deux observations d'hysterectomie vaginale
(*Union médicale*, 7 novembre 1886).

La première de ces observations est celle d'une femme à qui Gallard avait fait, au moyen de l'anse galvanique, une amputation sous-vaginale du col. Au bout de deux mois, elle avait une récidive sur le moignon. L'hystérectomie vaginale fut faite, et l'opérée vécut en parfaite santé pendant cinq ans et demi ; alors seulement parurent les premiers signes de la récidive, et la mort eut lieu à la fin de la sixième année.

59. — Prolapsus uterin, hysterectomie vaginale
(*Union médicale*, 5 décembre 1886).

L'extirpation de l'utérus procident par la voie vaginale est facile et bénigne. On doit prévoir la reproduction de la cystocèle et de la rectocèle après la suppression de l'utérus, qui n'est alors qu'une opération préliminaire ; mais le succès des anaplasties vaginales est assuré quand le poids de l'utérus n'est plus là.

L'hystérectomie vaginale est une ressource précieuse contre les prolapsus rebelles, après récidive, ou d'emblée quand le relâchement des tissus est extrême et fait prévoir l'insuccès des opérations anaplastiques.

60. — Hysterectomie vaginale
(*Union médicale*, 9 janvier 1887).

Opération faite le 25 novembre 1886, à l'hôpital Necker, dans le service de Blachez.

61. — Hystérectomie vaginale
(*Soc. de chir.*, 29 décembre 1886, et *Union médicale*, 13 février 1887).

Rapport sur une observation envoyée par le docteur Rohmer, agrégé de la Faculté de médecine de Nancy.

Examen des divers temps de l'opération et des soins consécutifs, critique des ligatures.

62. — De l'amputation sous-vaginale du col utérin
(*União medica* de Rio de Janeiro, février 1887).

Indications restreintes de l'amputation sous-vaginale du col dans le cancer utérin.

Etude des procédés. Critique de l'écraseur et de l'anse galvanique. Emploi du bistouri et des pinces hémostatiques. Observation.

63. — Epispadias chez une petite fille de six ans
(*Union médicale*, 6 mars 1887).

Considérations embryogéniques. L'exstrophie vésicale se comprend assez bien; la pathogénie de l'épispadias est plus obscure.

Rareté de l'épispadias chez les filles. Thèse de Nunez (Paris 1882), contenant les faits de Guyon et de Gosselin, etc.

Observation personnelle d'une fille de 6 ans opérée à l'Hôtel-Dieu. Description de la difformité. Amélioration de l'état fonctionnel par la suture des deux tiges clitoridiennes et le rapprochement des grandes lèvres.

64. — Exstrophie de la vessie
(*Soc. de chir.*, 9 mars, et *Union médicale*, 15 mars 1887).

Récit, à la Société de chirurgie, d'une opération faite chez une fille de 6 ans, par la méthode autoplastique, procédé à deux lambeaux latéraux pris sur l'abdomen et ramenés au-devant de la muqueuse vésicale, soudure des deux grandes lèvres à leur partie supérieure et reconstitution de l'ouverture vulvaire. La paroi abdominale au-dessous de l'ombilic, étant très mince et incomplètement développée, ne pouvait fournir un lambeau supérieur; elle fut seulement

dédoublée de bas en haut dans une faible étendue, et la peau disséquée fut suturée au bord supérieur du double lambeau qui recouvrait la vessie, de manière à fermer par en haut le réservoir de l'urine. La guérison fut obtenue.

65. — Note sur l'hystérectomie vaginale. — Question de la récidive
(*Soc. de chir.*, 9 mars, et *Union médicale*, 3 avril 1887).

Analyse de quinze observations d'hystérectomie vaginale, dont quatre pour des affections non cancéreuses. Considérations sur la récidive du cancer utérin.

66. L'hystérectomie vaginale et les pinces a demeure en France et a l'Etranger
(*Union médicale*, 17 avril 1887).

Le procédé des pinces à demeure s'est vite généralisé en France ; il y a déjà plusieurs nouveaux modèles de pinces, qui répondent plus ou moins bien aux indications.

L'auteur analyse le premier travail de langue allemande paru sur la question, celui de Müller (de Berne), qui s'exprime ainsi : « Jusqu'ici, aucun des procédés connus d'hystérectomie vaginale, y compris celui qui m'est propre, ne m'a entièrement satisfait. Deux vices principaux m'ont frappé : la longue durée de l'opération et l'incertitude de l'hémostase... Aussi l'emploi des pinces à demeure proposé par Richelot est-il venu fort à propos. L'emploi des pinces à demeure ne réalise pas, sans doute, la perfection idéale, mais ses avantages sont tels que je n'hésite pas à l'adopter pour lui chercher de nouveaux perfectionnements. »

67. — Note sur le traitement de l'obstruction intestinale
(*Soc. de chir.*, 25 mai, et *Union médicale*, 2 juin 1887).

A propos d'une discussion à la Société de chirurgie. On nous recommande, en présence d'une occlusion intestinale, « de faire la laparotomie si nous avons un diagnostic certain, de faire l'anus artificiel si la cause des accidents nous échappe. » Il faut retourner la proposition et dire : « Si le diagnostic est bien établi, c'est alors

que l'anus artificiel peut être choisi comme opération suffisante en certains cas (obstruction par les matières, etc.). S'il y a doute, c'est alors qu'il faut ouvrir le ventre pour chercher l'obstacle, en triompher ou nous déclarer impuissants. On a tout à gagner, rien à perdre. Si on ne pense qu'à rétablir la circulation des matières, on laisse le malade exposé à la compression de l'intestin, à la perforation et à la péritonite. La laparotomie est grave non par elle-même, mais par l'époque tardive à laquelle nous sommes trop souvent appelés à la faire.

68. — Six nouvelles hystérectomies vaginales
(*Union médicale*, 23 et 25 octobre 1887).

Exposé pur et simple de faits cliniques, à une époque où les détails de l'opération, la manière de saisir et d'abaisser certains utérus difficiles, le placement des pinces sur les ligaments larges n'étaient pas encore bien connus et avaient l'attrait de la nouveauté.

69. — Hystérectomie vaginale
(*Union médicale*, 11 décembre 1887).

Analyse d'un cas d'épithélioma du corps de l'utérus; discussion sur le diagnostic de la propagation aux parties voisines. Conclusions :

1° Le début du cancer aux dépens de la muqueuse utérine est l'indication la plus formelle et la moins discutée de l'hystérectomie vaginale;

2° Quand le tissu morbide est bien limité au corps de l'utérus, la mobilité de l'organe et l'intégrité du col facilitent le manuel opératoire;

3° Le pronostic, au point de vue de la récidive, est meilleur dans cette forme que dans les cancers débutant par le museau de tanche;

4° Il faut soupçonner le cancer au moindre signe rationnel, y croire avant qu'il soit démontré, ne pas le laisser marcher pour le reconnaître à sa marche, ne pas le faire marcher plus vite en le cautérisant.

70. — De la cure des hernies et hydrocèles congénitales (*Soc. de chir.*, 9 novembre, et *Union médicale*, 20 novembre, 20 décembre 1887 et 22 avril 1888).

L'auteur aborde une question encore neuve à cette époque, bien que la cure radicale des hernies fût depuis longtemps à l'ordre du jour.

Il expose d'abord ses idées sur les hernies en général, sur la légitimité de l'opération, la manière dont elle doit être comprise et exécutée. Il insiste sur la résection totale du sac, même dans les hernies inguinales anciennes, volumineuses, où sa possibilité est mise en doute. Il montre la nécessité de ne pas confondre les couches fibreuses adventices avec le vrai sac, qui est toujours une membrane mince

Il entreprend l'étude des hernies inguinales congénitales, et affirme que le conduit vagino-péritonéal peut toujours être séparé des éléments du cordon comme un sac inguinal ordinaire, disséqué jusque dans la profondeur du trajet, la vaginale reconstituée et la glande séminale conservée, — sauf, bien entendu, certains cas d'ectopie très élevée. Les meilleurs auteurs, à cette époque, niaient la résection du canal séreux, qui leur semblait inséparable du testicule et du faisceau vasculaire. De là étaient nés plusieurs procédés de valeur douteuse; quelques chirurgiens ne voulaient aborder la hernie congénitale qu'à la condition de sacrifier le testicule, ce qui ne peut convenir chez tous les malades et à tous les âges.

Examen des diverses conditions dans lesquelles se fait la dissection du conduit vagino-péritonéal : hernies anciennes et volumineuses des adultes, hernies plus jeunes où la disposition congénitale est encore peu modifiée par le contact des viscères. Description du manuel opératoire dans la hernie péritonéo-vaginale avec ou sans ectopie, dans la hernie péritonéo-funiculaire. Après l'ouverture de la séreuse, « le cordon apparaît, cylindrique, saillant tout entier dans le conduit vagino-péritonéal, et comme attaché à sa face interne par une adhérence linéaire. Il est bien entendu que la séreuse l'enveloppe sans le contenir dans sa cavité, mais le feuillet viscéral qu'elle forme autour de lui est si complet, qu'il semble aussi difficile de l'en séparer que de sortir l'intestin du péritoine ou le

poumon de la plèvre. » Et, cependant, avec un peu de patience, le feuillet séreux sera détaché du cordon par de simples tractions et disséqué jusqu'au fond du trajet inguinal.

La hernie congénitale est un tourment sans répit, une source continuelle d'ennuis et d'accidents ; elle est insidieuse et plus grave que toute autre. L'âge des sujets, le peu d'altération des tissus, leur développement ultérieur donnent l'assurance d'une guérison définitive. L'opération est franchement bénigne. Donc, « puisque la cure est bénigne, et puisqu'elle se fait sans mutilation, toute hernie congénitale reconnue pendant l'adolescence et au-delà peut être opérée de parti pris. »

Il y a d'étroits rapports entre la hernie et l'hydrocèle congénitale. La disposition anatomique est la même et comporte les mêmes variétés. L'hydrocèle congénitale, c'est la hernie congénitale au petit pied ; la guérison de l'une est la cure préventive de l'autre. Dès que la persistance du conduit vagino-péritonéal se révèle par la présence d'un contenu, liquide ou viscère, il y a tout intérêt à le supprimer ; et la cure radicale de l'hydrocèle est encore plus bénigne que celle de la hernie.

Appuyé sur une série de neuf observations qu'il expose en détail, l'auteur arrive aux conclusions suivantes :

1° La cure radicale, faite par un opérateur qui connaît bien et applique sans réserve les procédés actuels de la chirurgie, est d'une bénignité à peu près absolue ; c'est une opération légitime et dont les indications peuvent s'étendre.

2° Dans les hernies inguinales, comme dans toutes les autres, la résection du sac est une des conditions de la cure radicale.

3° La résection totale du sac inguinal est toujours possible, soit dans les kélotomies pour étranglement, soit dans les cures radicales faites de propos délibéré.

4° La résection du conduit vagino-péritonéal est toujours possible dans les hernies congénitales sans ectopie ; elle l'est aussi quand le testicule est fixé vers l'anneau inguinal externe, ou assez mobile pour y descendre. Elle peut se faire en conservant le testicule et en fermant la vaginale autour de lui. Elle est délicate et minutieuse, mais n'offre pas de grosses difficultés.

5° La résection du conduit vagino-péritonéal, sans hernie, se

fait aussi bien, et dans les mêmes conditions, quand une hydrocèle réductible permet de reconnaître la disposition congénitale. Elle supprime le canal séreux qui peut devenir un sac, et a la valeur d'une cure radicale préventive.

6° Une opération bénigne et sans mutilation qui délivre un homme jeune d'une infirmité pénible, source d'ennuis et d'inquiétudes, qui supprime radicalement une espèce dangereuse de hernie ou, dans les cas invétérés, ne lui permet de récidiver que sous une forme plus simple, est une opération que nous avons le droit et le devoir de recommander.

Après cette communication, l'auteur répond aux objections qui lui ont été faites à la Société de chirurgie, et revient sur quelques détails : le traitement des vieux sacs inguinaux par la résection complète; la somme de difficultés que présente la cure radicale; l'opinion de presque tous les auteurs, opposée à la dissection intégrale des sacs congénitaux, et l'absence de notions couramment admises, de conclusions formulées sur la possibilité de l'opération ; les chances de cure vraiment radicale que donne la conformation parfaite de la paroi abdominale chez les adolescents qui ne sont pas des hernieux au sens où l'entendait Malgaigne, et qui n'ont d'autre tare que la persistance du canal séreux ; la rareté de la guérison spontanée des hernies congénitales ; la bénignité et l'efficacité du traitement opératoire.

71. — De l'amputation sus-vaginale irrégulière
(*Union médicale*, 22 janvier 1888).

Considérations sur les cancers limités à l'utérus et les cancers propagés aux parties voisines. Valeur relative de l'amputation sous-vaginale et de la sus-vaginale dans les cancers limités ; description du manuel opératoire.

Conditions dans lesquelles peuvent se faire de parti pris les opérations palliatives qui consistent à enlever successivement, avec le bistouri, les ciseaux et la curette, toutes les parties friables du néoplasme, pour créer à leur place un foyer qui restera sec plus ou moins longtemps, avec suppression temporaire ou diminution des douleurs et des écoulements fétides; résection atypique, pour ainsi

dire, à laquelle l'auteur donne le nom d'amputation sus-vaginale irrégulière.

72. — Fibromes utérins. — Hystérectomie vaginale. — Coma urémique
(*Union médicale*, 19 février 1888).

Considérations sur l'hystérectomie vaginale appliquée aux fibrômes utérins de petit ou de moyen volume, douloureux, hémorrhagiques, mal placés, qui ne sont ni des polypes faciles à extraire, ni des myomes interstitiels accessibles et justiciables de l'énucléation d'Amussat. Valeur réelle, mais succès variables et inconstants de l'opération de Battey. Limites à assigner à l'hystérectomie vaginale; détails sur le manuel opératoire, encore mal assuré à cette époque, morcellement, hémostase, impossibilité de la ligature et nécessité de la pince à demeure.

Observation d'un cas de fibrômes utérins à évolution menaçante. La malade a succombé au coma urémique; l'autopsie a démontré l'intégrité parfaite de la plaie et du péritoine, mais les reins étaient petits, atrophiés, sclérosés (examen de Pilliet), et pesaient 90 et 40 grammes.

73. — L'Antisepsie chirurgicale
(*Union médicale*, 8 avril 1888).

Conférence faite à l' « Union des Femmes de France ». Examen des idées qui courent dans le public sur l'antisepsie. On n'est pas en règle avec elle quand on fait usage d'un liquide antiseptique; Lister a créé une « méthode » en obéissant à certaines idées directrices, que l'auteur expose en montrant les différences qui séparent l'antisepsie de la propreté vulgaire. Puis il montre la conduite à tenir pour réaliser le programme antiseptique dans les trois phases successives dont se compose l'acte chirurgical : préparation matérielle, opération, pansements. Anecdotes où sont mises en lumière des fautes contre l'antisepsie commises par d'habiles opérateurs qui n'avaient pas bien compris la méthode.

Formule résumant l'antisepsie moderne, et qui depuis a été souvent répétée : « Autrefois, on se lavait les mains *après*, parce que la plaie les avait salies; aujourd'hui, on se lave les mains *avant*, pour ne pas salir la plaie. »

74. — De la récidive du cancer utérin après l'hystérectomie vaginale
(*Congrès français de chirurgie*, 1888).

Etude « sur les conditions dans lesquelles se fait la récidive du cancer utérin après l'hystérectomie vaginale, et sur les moyens que nous avons pour la prévenir ou la combattre ». Examen de onze observations sur lesquelles l'auteur s'appuie pour recommander certains détails de pratique qui n'ont pas tous, après expérience faite, une égale valeur.

75. — De la valeur de la cure radicale des hernies au point de vue de la guérison définitive
(*Congrès français de chirurgie*, 1888).

Pour obtenir des cures vraiment radicales, il faut avoir : 1° Un bon procédé ; 2° Une bonne hernie.

Le procédé le meilleur est fondé sur la suppression intégrale du sac, et sur la formation d'une bonne cicatrice de soutien.

La hernie appartient à plusieurs types différents : 1° *Hernies simples*, hernies acquises récentes, de petit volume, ou hernies congénitales, avec une bonne conformation de la paroi ; 2° *Hernies complexes*, anciennes, volumineuses, incoercibles, adhérentes, avec des anneaux larges ; 3° *Hernies des vieillards et des cachectiques*, les seules qui comportent de véritables contre-indications. Les hernies qu'il faut opérer sont les hernies curables ; il faut les opérer de bonne heure, à titre préventif. Aujourd'hui, la chirurgie est assez sûre d'elle-même pour prévenir les accidents et corriger les infirmités ; elle n'en est plus réduite à soulager les moribonds

76. — Sur le traitement des fibromes utérins
(*Société de chirurgie*, 23 mai, et *Union médicale*, 2 juin 1888).

Il ne faut pas chercher, en présence des fibrômes utérins, une ligne de conduite uniforme, systématique.

Pour les fibrômes très volumineux, la seule ressource est l'hystérectomie abdominale. Pour ceux de moyen volume, la question est délicate et la conduite chirurgicale encore hésitante ; c'est alors que la castration ovarienne permet d'éviter les dangers de l'extirpation sus-pubienne, mais les ovaires peuvent se dérober et l'opération se trouver difficile, incomplète, aussi dangereuse qu'une hystérectomie. Enfin, pour les petits fibrômes, le même parallèle peut s'établir entre la castration ovarienne et l'extirpation par les voies naturelles ; « fibrômes retro-utérins » et « utérus bourrés de fibrômes » sont justiciables de l'hystérectomie vaginale, que l'auteur préconise et dont il cite plusieurs exemples. C'est un peu le tempérament et les habitudes du chirurgien qui lui dictent sa conduite, mais surtout une analyse clinique laborieuse mettant en parallèle, dans chaque cas particulier, les difficultés présumées d'une castration, celles d'une extirpation vaginale, et enfin certaines conditions d'attitude et de siège des fibrômes qui peuvent être une contre-indication formelle de l'ablation des ovaires.

77. — Kyste du vagin

Société de chirurgie, 11 juillet, et *Union médicale,* 16 octobre 1888).

Histoire d'un gros kyste sous-muqueux du cul-de-sac latéral gauche du vagin. Discussion des théories pathogéniques ; la plus vraisemblable est celle qui admet le développement des kystes profonds du vagin aux dépens des canaux de Gartner, restes du canal de Wolf qui peuvent, à l'occasion, persister jusqu'à l'âge adulte.

78. — Sur la nature infectieuse du tétanos

(*Académie de médecine,* 11 septembre 1888).

L'auteur montre comment, partisan de la « théorie nerveuse » à l'époque de sa thèse d'agrégation, il est maintenant converti à la doctrine opposée, et rapporte deux faits qui mettent en évidence la nature infectieuse du tétanos : « Le second de ces deux cas, dit-il, est la conséquence du premier. On avait, dans la chambre affectée aux laparotomies, lavé les murs à l'acide phénique et brûlé du soufre pendant plusieurs jours ; malgré cette désinfection, un agent toxique a été transmis d'une opérée à l'autre... Sa présence m'est

aussi bien démontrée que si je l'avais vu de mes yeux, car le mal a éclaté à quelques jours de distance, dans le même lieu et dans des conditions identiques. Il faudrait bien aimer les coïncidences fortuites pour ne voir dans ce double événement qu'un simple effet du hasard. »

79. — Sur un cas d'ovario-hystérectomie vaginale
(*Semaine médicale*, 12 septembre 1888).

Il s'agit d'une fille de 27 ans, dont l'utérus et les ovaires étaient sains, mais qui souffrait d'une violente « névralgie pelvienne ». Avant d'entrer à l'hôpital, elle avait déjà subi plusieurs opérations, curage, raccourcissement des ligaments ronds, et souffrait toujours. La douleur n'ayant pas de localisation précise, l'ablation des ovaires seuls parut de valeur douteuse contre cette névralgie pure ; on décida l'ablation de l'utérus et des annexes par la voie vaginale. Avant l'intervention, elle était dans un état pitoyable ; elle ne pouvait ni marcher ni à peine sortir de son lit ; aussitôt après, elle fut engagée comme infirmière et se mit au travail. A deux reprises, elle prit le lit pendant une huitaine de jours pour quelques douleurs dans la cicatrice vaginale ; puis elle resta parfaitement guérie, et ne fut pas perdue de vue pendant plusieurs années.

80. — Discussion sur l'amputation partielle du col de l'utérus
(*Société de chirurgie*, 24 octobre et 7 novembre, et *Union médicale*, 27 octobre et 17 novembre 1888).

M. Verneuil avait suscité, à la Société de chirurgie, en faveur de l'amputation sous-vaginale du col appliquée au cancer de l'utérus, un débat dans lequel il s'élevait avec force contre l'hystérectomie totale. L'auteur prend la défense de celle-ci, en disant qu'il faut recourir aux procédés qui nous donnent le plus de chances pour obtenir des « guérisons définitives », dans la mesure où il est permis de les espérer.

Il ne suffit pas de calculer la « moyenne de survie » des opérées, car le temps qui s'écoule entre le début de la récidive et la mort, c'est-à-dire la marche plus ou moins rapide de la repullulation, ne

dépend pas de l'opération qu'on a choisie. Ce qui importe, c'est la durée de la « guérison » jusqu'au début de la récidive.

L'auteur fait la critique des résections partielles, et demande qu'avant de juger l'hystérectomie vaginale, qui n'a pas encore de longs états de service, on lui fasse crédit pendant quelques années.

Il revient, dans une autre séance, sur la question de la guérison définitive, et dit : « Depuis qu'il y a des cancers, tous les chirurgiens me paraissent agir comme s'ils croyaient à la guérison ; tous, au moins, font des efforts pour la rendre possible. » C'est le meilleur moyen pour trouver les procédés qui nous permettront d'en approcher davantage. Suivons, sans les perdre de vue, les malades actuellement guéries de l'opération ; dans quelques années, nous pourrons dire si nous avons bien fait d'adopter l'hystérectomie.

81. — SUR LE TRAITEMENT DES LÉSIONS DES ANNEXES PAR LA LAPAROTOMIE
(*Société de chirurgie*, 12 décembre 1888).

A propos d'une « Etude sur les inflammations péri-utérines » présentée par Routier, l'auteur communique six observations de laparotomie pour salpingo-ovarites, passe en revue les lésions anatomiques, le diagnostic souvent difficile (confusion avec les fibrômes), les détails de l'opération, et insiste en terminant sur la ***suture à étages*** de la paroi abdominale, qui n'était pas adoptée alors par la plupart des chirurgiens.

82. — CURE RADICALE DE HERNIE INGUINALE GAUCHE AVEC ECTOPIE TESTICULAIRE
(*Union médicale*, 27 janvier 1889).

Histoire d'un jeune homme de 27 ans, porteur d'une hernie congénitale et d'un testicule ectopié très douloureux, source d'accidents et d'entraves continuelles, qui fut absolument débarrassé de son infirmité, avec conservation du testicule, et devint par la suite un alpiniste intrépide.

Dans ce récit sont confirmées les idées que l'auteur a défendues à la Société de chirurgie. (Voir p. 52.)

83. — LES TENDANCES DE LA CHIRURGIE MODERNE

(*Association française pour l'avancement des sciences*, 2 février 1889)

Conférence où sont combattus certains préjugés contre les opérations, exposées les transformations de la chirurgie sous l'influence de la méthode antiseptique, et analysées les conditions dans lesquelles nous pouvons être appelés à intervenir : chirurgie d'urgence, chirurgie d'opportunité, chirurgie préventive, opérations dites de complaisance, etc.

84. — HERNIE INGUINALE CONGÉNITALE DU COTÉ DROIT. — CURE RADICALE

(*Union médicale*, 24 février 1889).

Histoire d'un jeune officier de marine, chez lequel fut opérée avec un succès durable — il a été revu longtemps après l'intervention — une hernie inguinale congénitale qui était, pour sa carrière, un sérieux obstacle.

85. — CE QUE LA CHIRURGIE PEUT FAIRE D'UN TUBERCULEUX

(*Congrès de la tuberculose*, 1888, et *Union médicale*, 24 mars 1889).

Histoire d'un malade que l'auteur a suivi assidûment pendant quatre années, et auquel il a fait subir une douzaine d'opérations successives, petites ou grandes. L'observation est tout en faveur de l'intervention hardie et persévérante contre les localisations tuberculeuses. Les cas où l'intervention chirurgicale paraît favoriser l'éclosion des accidents à distance sont heureusement très rares. Il y a des tuberculoses locales qui sont multiples, successives plutôt que généralisées ; elles nous laissent le temps de les poursuivre, de les user pour ainsi dire. Si le traumatisme, l'effraction chirurgicale, peut quelquefois ouvrir la porte à « l'auto-inoculation », le plus souvent elle fait le contraire : en supprimant le foyer tuberculeux, elle supprime la source de l'infection.

86. — SUR L'OPÉRATION D'ALEXANDER (RACCOURCISSEMENT DES LIGAMENTS RONDS)
(*Société de chirurgie*, 27 mars, et *Union médicale*, 4 avril 1889).

Deux observations de raccourcissement des ligaments ronds : dans l'une, l'opération s'est trouvée impossible, à cause de la constitution anatomique du ligament ; dans l'autre, elle a réussi, mais trois mois après il n'en restait plus trace, la déviation s'étant reproduite par le développement d'un fibrôme utérin d'abord inaperçu.

Conclusions très réservées, sinon entièrement négatives, sur les indications de l'opération d'Alexander dans la rétroversion et dans le prolapsus utérin.

87. — SUR LE TRAITEMENT DES KYSTES HÉDATIQUES DU FOIE
(*Société de chirurgie*, 10 avril, et *Union médicale*, 28 avril 1889).

Nouvelle communication destinée à montrer les avantages de l'incision franche du péritoine sur les anciennes méthodes.

Critique de la ponction capillaire suivie d'une injection de sublimé (Mesnard, de Bordeaux). Il n'y faut pas songer dans les kystes suppurés ; elle est mauvaise dans les kystes vivants à poches multiples, à hydatides nombreuses ; elle peut être bonne, sous la réserve de certains accidents inflammatoires ou gangréneux, dans les kystes les plus simples. Mais comment savoir si un kyste est simple, autrement que par une opération qui permet de le voir et de le toucher du doigt ? La meilleure méthode est toujours l'incision franche, qui permet d'explorer le kyste et de le traiter à bon escient, d'après sa forme, son volume et ses rapports. Elle est surtout intéressante quand elle permet d'attirer au dehors un kyste saillant hors du parenchyme et de le réséquer largement ; ou bien encore de l'atteindre dans l'épaisseur du foie en traversant une lame de tissu hépatique, et de suturer la poche et le foie lui-même à la plaie abdominale.

Deux observations typiques mettent ces faits en évidence, et montrent de plus que l'incision franche du péritoine peut être nécessaire pour établir le diagnostic. Dans la première, le kyste était mobile, flottant, et donnait plutôt l'idee d'une tumeur du rein ; la

ponction exploratrice pouvait être dangereuse en piquant au hasard un organe inconnu, rein ou vésicule biliaire. Dans la seconde, la tumeur était profonde, sans adhérences à la paroi, tout près de la vésicule et recouverte par une anse intestinale; en outre, il n'y avait pas une goutte de liquide mêlé aux hydatides, et la ponction n'eût rien donné.

88. — De la section entemporanée de l'éperon dans la cure de l'anus contre nature
(*Soc. de chir.*, 15 mai, et *Union médicale*, 1er juin 1889).

L'auteur propose de substituer, dans certains cas d'anus contre nature, la section pure et simple de l'éperon, suivie de quelques points de suture, à l'entérotome de Dupuytren. Ce procédé permet de ne pas aller, de parti pris et dans tous les cas, jusqu'à l'ouverture du ventre suivie de résection intestinale et d'entérorrhaphie circulaire. Il permet d'éviter les difficultés de l'entérotomie de Dupuytren, ses lenteurs, ses incertitudes, sans revenir à la section imprudente et sans précautions des anciens chirurgiens. Il consiste à sectionner l'éperon en s'y prenant de manière à fermer le péritoine; l'auteur le décrit ainsi : « Je saisis l'éperon avec deux pinces hémostatiques dont les mors un peu longs, en convergeant vers l'abdomen, circonscrivaient un V à base supérieure. Avec des ciseaux, je retranchai la double paroi ainsi délimitée, puis je plaçai une série de fils de soie assez rapprochés sur toute la ligne de section, en rasant les deux pinces. Les bords de la perte de substance faite à l'intestin furent ainsi réunis par adossement des surfaces séreuses, et l'occlusion du péritoine assurée. Les pinces furent enlevées sans avoir eu le temps de compromettre la vitalité de la paroi intestinale, et tout se termina par le pansement le plus simple. »

89. — Fistule vésico-vaginale
(*Union médicale*, 7 juillet 1889).

La *méthode* pour guérir les fistules vésico-vaginales est toujours fondée sur l'avivement large et l'affrontement vertical de la muqueuse du vagin au-dessous de l'orifice accidentel. Quant au *procédé*, l'auteur condamne les instruments délicats et multiples

imaginés pour passer les fils, les tordre, les fixer. Antisepsie vaginale, suture très simple au crin de Florence, position de la malade et cathétérisme intermittent, tels sont les points sur lesquels il attire l'attention. Une observation de fistule vésico-vaginale, avec bride cicatricielle et oblitération de l'urèthre, guérie d'emblée malgré des difficultés sérieuses, lui sert de preuve. L'aiguille de Reverdin et quelques crins de Florence par points séparés, noués simplement avec les doigts, sans outils spéciaux, sans tubes de Galli, et laissés quinze jours, ont assuré la réunion; éloge des crins de Florence comparés aux fils d'argent. La sonde à demeure est inutile, car l'urine n'est recueillie qu'après être descendue dans le bas-fond de la vessie et avoir touché la ligne de suture. Il vaut beaucoup mieux prescrire le décubitus latéral, droit et gauche alternativement, qui ne fatigue pas la malade, et qui préserve la région opérée du contact de l'urine, à la condition de faire le cathétérisme fréquent pendant les premiers jours. L'asepsie vaginale, si facile à maintenir avec les tampons iodoformés, fait le reste et assure l'adhésion.

90. — Pustule maligne de la face; cautérisation au thermo-cautère; injections iodées interstitielles; guérison. — Examen bactériologique

(*Union médicale*, 20 août 1889).

La maladie était au cinquième jour de son évolution, et s'accompagnait déjà de symptômes généraux graves.

Après la destruction de la pustule maligne par la cautérisation actuelle ou potentielle, il est toujours indiqué de recourir aux injections interstitielles multiples (iode ou acide phénique), et de cerner toute la région œdématiée par un nombre de piqûres proportionné à l'étendue de la lésion.

La pustule était sur le front, et la bactéridie a été trouvée dans le sang puisé au milieu de la joue œdématiée.

91. — Pyo-Salpyngite

(*Semaine médicale*, 4 septembre, et *Union médicale*, 3 octobre 1889).

La laparotomie pour les cas de salpingo-ovarites suppurées ou non était alors dans sa période de lutte; aussi n'était-il pas inutile

d'analyser longuement une observation où, après deux ans de maladie, une femme de 34 ans fut opérée avec succès par l'extirpation bilatérale des ovaires et des trompes. Pour montrer combien l'opération était justifiée, l'auteur passe en revue, avec de nouveaux exemples et maintes considérations générales : l'ancienneté de la lésion, l'intensité et la persistance des douleurs, les accidents dont les malades sont menacées en pareil cas, péritonites à répétition, fistules viscérales, épuisement progressif, etc. Il cite des malades chez lesquelles la temporisation a été funeste, et se défend de vouloir plaider la cause des opérations prématurées et faites à la légère. Il termine en traitant de la valeur respective de la laparotomie et de l'incision vaginale simple.

92. — ENDOMÉTRITE ET CURAGE
(*Annales de gynécologie*, octobre 1889).

Considérations générales sur le traitement de l'endométrite et sur les diverses méthodes qui lui sont applicables. Les abus du curage; ses prétendus dangers; « l'intolérance utérine, c'est l'inoculation. » Les curages mal faits; le bâton de chlorure de zinc de M. Dumontpallier.

Histoire d'une malade qui souffrait depuis douze ans, qui avait consulté nombre de chirurgiens et de médecins en Russie, en Allemagne et en Suisse, avait subi les traitements les plus variés, opérations de petite gynécologie, médicaments, eaux thermales, etc., et qui n'avait qu'une endométrite avec le col un peu gros et entr'ouvert, et quelques vieilles adhérences avec induration au niveau de la corne gauche. Elle fut guérie facilement et radicalement par la dilatation lente suivie d'un curage soigné et d'une résection anaplastique du col. Pour peu qu'il y ait métrite cervicale en même temps qu'endométrite, il faut combiner les deux opérations, sous peine de voir le curage en défaut.

Cette observation, remarquable par l'intensité des douleurs, la longue durée de la maladie, l'inefficacité des traitements suivis, les noms des savants et des praticiens qui les avaient ordonnés, enfin la rapidité de la guérison quand l'indication fut nettement saisie, autorise à maintenir le curage au rang qu'il a su légitimement conquérir.

93. — Sur le traitement des rétro-déviations utérines (*Congrès français de chirurgie*, octobre 1889)

L'auteur met en lumière l'insuffisance des procédés de réduction, les dégoûts du pessaire, la longueur et l'ennui des traitements palliatifs. Il étudie successivement l'attitude vicieuse, les lésions de l'utérus, les lésions des annexes.

Au point de vue du traitement, il faut distinguer les rétroversions adhérentes et les rétroversions mobiles. Pour les premières, les manœuvres de réduction lente ou brusque, l'opération d'Alexander sont dangereuses ou inutiles; le seul traitement qui convienne est celui qui vise les complications pelviennes, douches vaginales chaudes pour les lésions récentes et curables, pour les autres, extirpation des annexes avec ou sans fixation de l'utérus à la paroi abdominale.

Dans les rétroversions mobiles, le simple traitement de la métrite peut suffire, mais n'est souvent qu'un palliatif insuffisant; il faut corriger l'attitude vicieuse. L'auteur fait la critique du pessaire, de l'opération d'Alexander, de l'hystéropexie abdominale, et conclut : « Entre les déviations bénignes auxquelles on touche à peine et celles qui nous conduisent à ouvrir le ventre, il reste une lacune à combler par quelque moyen nouveau. »

Description d'une opération encore inédite (Nicolétis), dans laquelle « il s'agit de faire une amputation du col au niveau de l'isthme utérin, et d'unir au moignon la paroi vaginale par une suture tellement combinée que le fond de l'utérus bascule en avant ». Cette opération, indiquée seulement en quelques mots dans le présent travail, sera plus amplement exposée ailleurs (voir p. 66). Une première observation de rétroversion mobile redressée par cette méthode, avec suppression du catarrhe, des douleurs, et réduction persistante, semble déjà confirmer les idées qui précèdent.

94. — De la nature infectieuse du tétanos des nouveau-nés (*Soc. de chir.*, 6 novembre 1889)

Rapport sur un travail de M. Lop, relatif à un enfant qui fut pris de trismus au dixième jour après sa naissance et qui succomba

rapidement. L'auteur examine la théorie équine et la théorie tellurique du tétanos.

Plusieurs séries d'expériences ont été faites, notamment avec la vase d'une mare croupissante où avaient été lavés les langes de l'enfant, et avec la terre avoisinante. Les résultats militent en faveur de la théorie tellurique. Le tétanos des nouveau-nés reconnaît la même étiologie que le tétanos traumatique des adultes.

95. — DE L'HYSTÉROPEXIE VAGINALE
(*Soc. de chir.*, 11 décembre, et *Union médicale*, 17 décembre 1889)

L'auteur revient sur sa communication au Congrès de chirurgie (voir p. 65). Il s'occupe des rétroversions mobiles ou d'abord mobilisées. Le traitement de la métrite concomitante ne suffit pas, car l'attitude vicieuse provoque des symptômes par elle-même; il faut donc un procédé de redressement.

L'opération commence par une amputation sus-vaginale. Puis il faut suturer la paroi vaginale au moignon pour obtenir la réunion immédiate, mais en passant les fils de manière à redresser l'utérus. « Trois fils médians, traversant la section postérieure de la plaie vaginale, vont sortir par l'orifice utérin et rapprochent ainsi les deux muqueuses. Deux autres fils, placés à droite et à gauche sur la même rangée, vont sortir, non plus dans l'orifice, mais sur le bord antérieur du moignon, de sorte que la paroi vaginale postérieure s'accroche à ce bord en grimpant sur la tranche utérine. Il faut ensuite ajouter quelques fils pour cacher les surfaces vives qui restent sur la ligne médiane et sur la demi-circonférence antérieure de la plaie. Tout en ménageant l'orifice utérin, nous avons soudé la paroi postérieure du vagin au bord antérieur du moignon; toute l'insertion vaginale est reportée en avant. La paroi tire à la manière d'un cordon de sonnette, et fait basculer le fond de l'organe. En serrant les fils, on sent très bien que la paroi monte et que le moignon s'abaisse au-devant d'elle. Aussitôt après, le cathéter pénètre en ligne droite. »

L'auteur propose et emploie pour la première fois le nom d'*hystéropexie vaginale*, couramment utilisé depuis lors pour désigner les procédés de redressement et de fixation de l'utérus par le

vagin. Il termine en mentionnant six observations personnelles, encore récentes. Enfin, répondant à ses collègues de la Société de chirurgie, il pense que la traction exercée sur le moignon utérin par la paroi vaginale est suffisante pour maintenir la réduction, à moins de grande laxité vaginale et de tendance au prolapsus. Il conteste que toutes les femmes qui souffrent de rétroversion aient des lésions tubo-ovariennes et qu'on puisse toujours proposer la laparotomie pour une déviation mobile et sans complications démontrées. Il faut attendre que l'opération nouvelle ait fait ses preuves.

96. — Laryngotomie inter-crico-thyroidienne
(*Société de médecine pratique*, 9 janvier, et *Union médicale* 26 janvier 1890)

Nouvelle observation (voir p. 45) sur laquelle s'appuie l'auteur pour montrer que, chez l'adulte, la laryngotomie est infiniment plus facile et moins dangereuse que la trachéotomie. Beaucoup de malades sont morts sous le bistouri, par suite de difficultés opératoires qu'on eût évitées en ouvrant le larynx.

Il faut oublier les descriptions qu'on a données de la laryngotomie. Elle est d'une extrême simplicité, ne réclame aucun appareil instrumental, et dure moins d'une minute. Elle rend des services incontestables dans les cas de mauvaise installation ou d'urgence absolue, sans compter les autres.

97. — Endométrite et curage
(*Soc. de chir.* 26 février et 5 mars, et *Union médicale*, 27 mars 1883)

Exposé des résultats que donne le curage utérin, d'après la pratique de l'auteur, comprenant à cette époque environ 70 cas.

Remarques sur le manuel opératoire, sur le soin qu'il faut avoir de l'exécuter très complètement, après dilatation préalable. Inutilité du grattage du col; nécessité, dans beaucoup de cas, de combiner le curage avec une résection anaplastique du col (opération de Schrœder ou d'Emmet). Pansement et soins consécutifs; utilité des injections.

Valeur du curage en cas de lésions des annexes commençantes,

ou de lésions prononcées; son utilité relative dans les premières. Inconvénients du curage pratiqué à la légère, lorsqu'il y a des lésions péri-utérines sérieuses; examen de 17 cas d'insuccès thérapeutiques, motivés par des altérations tubo-ovariennes. Le curage ne doit pas être appliqué au hasard; mais il guérit franchement les métrites simples. Il faut résister à la tendance qui porte quelques chirurgiens à attribuer toutes les douleurs vives aux annexes, à pratiquer la laparotomie à outrance et à faire table rase des métrites simples et de leur guérison par la thérapeutique utérine proprement dite.

98. — Sur le traitement de l'ectopie testiculaire (*Soc. de chir.*, 9 avril, et *Union médicale*, 19 avril 1890)

Après avoir examiné les conditions dans lesquelles se présente l'ectopie testiculaire, ses inconvénients et ses dangers, montré que l'intervention chirurgicale est opportune à un certain âge, que la seule fixation du testicule au scrotum (orchidopexie) est illusoire et n'empêche pas l'organe de remonter en invaginant la peau, que la première condition pour guérir l'ectopie est de supprimer le conduit vagino-péritonéal; après avoir cité plusieurs observations à l'appui de ces idées, l'auteur conclut :

« Attirer l'organe vers le fond du scrotum et chercher à l'y maintenir par des points de suture, sans oblitérer le conduit vagino-péritonéal, est une méthode irrationnelle et insuffisante. La perméabilité du canal séreux laisse persister la hernie ou les chances de hernie et facilite le retour du testicule au pli de l'aine. L'adhérence à la peau des bourses n'a qu'un effet possible : c'est d'empêcher l'organe, en cas d'ectopie folle, de rentrer dans l'abdomen, la peau ne pouvant s'invaginer jusque là. Mais elle ne l'empêche pas de remonter au pli de l'aine; il est donc bien inutile, quand on a fait la cure radicale, d'y ajouter l'orchidopexie.

« Le premier point du traitement, c'est la cure radicale. Elle pare aux deux inconvénients majeurs de l'ectopie, la persistance du canal séreux et l'atrophie testiculaire; elle sauve la glande et guérit ou prévient la hernie congénitale. Cela fait, la plus grosse besogne est faite; on pourrait s'arrêter là.

« Cependant, il vaut mieux que la glande séminale ait une

certaine mobilité au fond des bourses et ne soit pas collée au pubis. Pour atteindre ce résultat, il faut : 1° disséquer parfaitement la surface externe du cordon et de la vaginale reconstituée, les libérer entièrement, afin de pouvoir abaisser le testicule sans qu'il soit retenu par aucune adhérence ; 2° détruire les fibres du crémaster en dépouillant le cordon ; 3° creuser une loge pour le testicule dans le scrotum plus ou moins rudimentaire, et l'y déposer simplement ; 4° fixer *le cordon* au trajet inguinal par des points de suture qui prennent ses couches superficielles et respectent le canal déférent et l'artère spermatique. »

99. — De l'extirpation du rectum par la voie sacrée (*Soc. de chir.*, 28 mai 1890)

Dans l'ablation des cancers du rectum par « l'opération de Kraske », il y a deux choses : 1° une méthode nouvelle qui permet de monter très haut et d'enlever des cancers très étendus, méthode acceptable avec beaucoup de réserves, et plus brillante qu'utile dans les cancers envahissants ; 2° une opération qui permet, si le cancer est haut situé, de conserver la région sphinctérienne. Les vraies indications de cette méthode doivent être cherchées dans les cas de cancers à siège élevé, épargnant la région sphinctérienne, mais d'ailleurs bien circonscrits et franchement opérables.

100. — L'électricité, la castration ovarienne et l'hystérectomie (*Soc. de chir.*, 16 juillet et 5 novembre 1890)

Dans un premier chapitre concernant l'électricité sont étudiées : les conditions dans lesquelles on peut utiliser l'action temporaire des courants sur les fibrômes utérins ; l'âge qui paraît le plus favorable ; les malheurs causés par l'insuffisance du diagnostic, par la coïncidence des lésions tubo-ovariennes ; le siège des tumeurs et leurs rapports avec la paroi utérine. Tout ce qui modifie la circulation et la nutrition de cette paroi agit en même temps sur les fibrômes interstitiels ; mais les courants ne peuvent rien contre les corps fibreux énucléés, sous-péritonéaux, végétant pour leur propre

compte, pourvus d'une circulation peu active et désintéressés des actes physiologiques de la paroi utérine. Observations démonstratives.

La castration ovarienne agit à la manière de l'électricité, en modifiant par voie indirecte la circulation et la nutrition utérines ; elle réussit également contre les tumeurs interstitielles, mais elle produit des réductions de volume beaucoup plus rapides et plus marquées, elle donne des guérisons définitives et est de tous points supérieure.

Cependant, elle ne suffit pas à tout, et ne peut convenir aux très grosses tumeurs développées au-dessus du détroit supérieur, causant l'ascite, la compression de l'intestin, ni aux petites tumeurs rétro-utérines, enclavées, adhérentes, etc.

Or, l'hystérectomie abdominale a fait aujourd'hui de grands progrès. L'auteur se déclare partisan résolu du traitement du pédicule par la méthode intra-péritonéale, grâce au procédé de la ligature élastique perdue. Il analyse une série de 13 cas heureux et 3 échecs ; dans ces derniers, l'insuccès tient à des circonstances d'ordre général, et non pas à une gravité particulière de l'hystérectomie ou de la méthode suivie dans le traitement du pédicule. En somme, le pronostic de l'hystérectomie abdominale — sauf un peu plus de labeur, et par suite quelques aléas — ne diffère plus sensiblement du pronostic de l'ovariotomie.

Conclusions : « *L'électricité* est le meilleur des palliatifs appliqués aux fibrômes de l'utérus. Elle peut même suffire au traitement, dans quelques cas bien déterminés ; il y a certainement des femmes atteintes de fibrômes qui peuvent vivre sans être opérées. Mais pour en obtenir des résultats palliatifs ou durables, il faut renoncer à tout empirisme et lui chercher des indications précises.

« La *castration ovarienne* réussit beaucoup plus souvent, et réussit définitivement. Mais elle aussi peut avoir des échecs, et il n'est pas permis de l'adopter systématiquement. Elle est d'ailleurs très peu dangereuse... Calculez, d'après ce que les chirurgiens voient tous les jours, d'après tant de femmes qui nous arrivent anémiées, pleines d'eau, cachectiques, sans compter celles qui restent en route et que nous ne voyons pas ; supputez les chances que

donnent alors les opérations « trop graves », et celles que vous aurait données plus tôt une opération presque bénigne...

« L'*hystérectomie abdominale* devient elle-même peu dangereuse. La pratique des chirurgiens s'améliore dans tous les pays ; et certes je ne suis pas le seul qui puisse annoncer de bons résultats. Il faut donc changer de point de départ dans la discussion, ne plus arguer des périls de l'hystérectomie pour se détourner d'elle et chercher autre chose à tout prix... Il est excessif de dire qu'avec un traitement non opératoire on a ses cartons chargés de guérisons radicales ; qu'on n'a jamais ou presque jamais d'insuccès — nous en voyons beaucoup et sortant des meilleures mains. Il est puéril d'affirmer qu'on supprime la chirurgie, d'exhorter celle-ci à désarmer, et de fournir des listes de maladies qui rappellent les cures merveilleuses de certaines panacées... »

101. — Canal de Nuck et hydrocèle congénitale
(*Académie de médecine*, 16 septembre, et *Union médicale*,
2 octobne 1890)

Exemple rare d'hydrocèle congénitale réductible chez une jeune fille de dix-neuf ans. L'hydrocèle congénitale de la femme a été contestée, ainsi que la persistance du canal de Nück (thèse de Rabère, 1883) ; toutes deux sont nettement démontrées par cette observation, dont les détails ne permettent pas d'admettre une hydrocèle herniaire ou un kyste simple de la grande lèvre.

La cure radicale a été faite ici pour une affection bénigne et ne paraissant menacer ni la vie, ni aucune fonction importante. Mais cette disposition congénitale était une cause éventuelle de hernie ; elle inquiétait la jeune fille, déformait sa région inguinale, l'avait obligée récemment à des aveux pénibles et compromettait son avenir. La guérison fut rapide et complète.

102. — Fibrome utérin et Salpingite suppurée
(*Union médicale*, 21 octobre 1890)

Laparotomie pour fibrômes multiples volumineux, accompagnés de suppuration bilatérale, avec déchirure du côlon descendant, suture de l'intestin au péritoine pariétal et à l'utérus, fixation de

l'utérus à la paroi, double drainage. Guérison parfaite des douleurs, des métrorrhagies et de la fistule intestinale (l'oblitération définitive de celle-ci a été constatée quelques mois après la publication du fait). Remarques sur les dangers que peuvent présenter, dans un cas aussi complexe et en présence d'un diagnostic forcément incomplet, les traitements empiriques, tels que l'électricité.

103. — De l'appendicite chez la femme

(*Soc. de chir.*, 15 octobre, et *Union médicale*, 4 novembre 1890)

Examen rapide des doctrines régnantes sur l'appendicite, ses causes, sa nature, son diagnostic, ses dangers (péritonite diffuse ou foyer circonscrit), son traitement (intervention plus ou moins hâtive).

Observation d'une jeune fille de dix-huit ans, qui met en lumière la difficulté du diagnostic chez la femme, à cause du voisinage des annexes. Il y avait des signes de lésions ovariennes franchement inflammatoires et même suppurées. L'opération permit d'enlever l'appendice vermiculaire, transformé en un cylindre fluctuant et rempli de pus, non perforé, intimement adhérent à la trompe droite.

Conclusions : 1° Le diagnostic de l'appendicite est plus difficile chez la femme que chez l'homme, à cause du voisinage des annexes. On y pense naturellement quand le siège de l'empâtement et de la douleur est un peu haut dans la fosse iliaque, et à droite exclusivement. On doit y penser toutes les fois que les symptômes prédominent sérieusement à droite, même s'il y a quelque signe de lésions du côté gauche, même si la douleur est exactement au niveau des annexes, même si le toucher rectal et vaginal révèle une induration sur le bord droit de l'utérus ;

2° L'intervention chirurgicale doit être, avec certaines réserves, hardie et précoce.

104. — Sur le traitement du pédicule dans l'hystérectomie abdominale par la ligature élastique perdue

(*Union médicale*, 9 novembre 1890)

Description du manuel opératoire de l'hystérectomie abdominale avec traitement intra-péritonéal du pédicule. A cette époque, l'auteur

fait la ligature élastique perdue et la cautérisation au thermo cautère du moignon laissé libre dans l'abdomen. Le lien élastique s'enkyste, ou bien finit par couper le tissu du col et s'élimine par le museau de tanche au bout de quelques semaines ou de quelques mois.

105. — L'arthrectomie et la résection du genou
(*Soc. de chir.*, 26 novembre et 3 décembre, et *Union médicale*, 7 décembre 1890)

La résection du genou, appliquée aux arthrites fongueuses, donne aujourd'hui d'excellents résultats. Cependant l'arthrectomie, opération de même ordre, mais dans laquelle on épargne les os, peut lui être comparée et même préférée dans certains cas.

L'arthrectomie a été brièvement discutée en mars 1888 à la Société de chirurgie. Il faut la bien comprendre et la bien définir : c'est la destruction intégrale de toutes les parties molles de l'articulation, ligaments et synoviale, à l'exclusion des os. Pour qu'elle soit valable, il faut deux conditions : 1° l'absence de lésion osseuse ; 2° la suppression totale des fongosités. Sur le premier point, il est impossible de ne pas reconnaître que l'intégrité du squelette se rencontre assez souvent *chez l'adulte*. Sur le second point, il faut absolument condamner une arthrectomie qui serait un simple curage de la jointure, un grattage incomplet. L'opération est aussi longue, aussi difficile que la résection elle-même ; il faut tout mettre à nu, tout voir et tout détruire. L'auteur décrit les temps successifs : section de la rotule, dislocation, arthrectomie, poursuite des fongosités, reconstitution de la jointure. Il insiste sur la facilité des pansements et des soins consécutifs, dans une gouttière métallique, sans immobilité absolue.

Les motifs de préférer l'arthrectomie, quand les os ne sont pas malades, sont : 1° la simplicité relative de traitement post-opératoire ; 2° la plus grande perfection du résultat fonctionnel. Les opérés marchent mieux qu'après la résection : ils ne boitent pas, le membre n'étant pas raccourci ; ils ne fauchent pas, car le membre se place de lui-même, pendant que l'ankylose se forme, dans une très légère demi-flexion, qui prévient les inconvénients de l'extension absolue.

L'auteur appuie sur six faits cliniques les conclusions suivantes :

« L'arthrectomie du genou, bien comprise et bien faite, convient parfaitement à certaines tumeurs blanches. Comparée à la résection, elle donne le même résultat thérapeutique ; elle a pour avantages la simplicité des soins consécutifs et la plus grande perfection du résultat fonctionnel. Elle mérite la préférence, quand les os de la jointure ne sont pas malades ; c'est là son indication étroite et sa condition essentielle.

« Ajoutons qu'il y aurait un immense intérêt à l'employer chez les enfants, où la résection de l'épiphyse arrête le développement du membre. C'est, par malheur, chez les enfants que la tuberculose osseuse est la règle, et qu'il ne faut guère songer à la seule destruction des parties molles. Aussi doit-on préconiser, pendant la période de croissance, une intervention mixte, résumée dans la formule suivante : arthrectomie, exploration des os, évidements suffisants et résections atypiques, la résection totale étant réservée aux cas extrêmes. »

106. — De l'extirpation du rectum par la voie sacrée
(*Soc. de chir.*, 18 février, et *Union médicale*, 15 et 17 mars 1891)

Si la voie sacrée n'avait d'autre mérite que de tenter l'audace des chirurgiens qui aiment les grands délabrements, elle devrait être accueillie avec beaucoup de réserve. Si, au contraire, on l'applique aux tumeurs « opérables », à celles qui peuvent être enlevées en totalité, alors sa supériorité est incontestable.

Parallèle entre la méthode sacrée et les opérations faites par la région périnéale. Les services que rend la première peuvent se résumer en quelques propositions :

1° Disséquer méthodiquement les cancers très haut situés, en conservant la région sphinctérienne ;

2° Enlever complètement des cancers nettement circonscrits, mais qui seraient inopérables avec les autres méthodes, leur limite supérieure échappant au bistouri ;

3° Conserver tout ou partie du sphincter externe, même quand la paroi rectale est envahie jusqu'en bas :

4° Eviter la formation d'un cloaque, dans les cancers de la paroi recto-vaginale ;

5° Attaquer les récidives encore limitées, et donner aux malades une dernière chance de survie ;

6° Enfin, rendre plus facile et plus précise l'extirpation des rétrécissements syphilitiques.

Sur cinq observations, l'auteur a une mort, qui n'a rien à voir avec la méthode suivie (emphysémateux de 58 ans, mort de congestion pulmonaire après avoir respiré du chloroforme pendant deux heures ; aucun accident local). Sur les quatre succès, il y a : 1° un cancer annulaire, à siège élevé, qui ne pouvait être abordé par la voie périnéale qu'au prix de sérieux dangers et de grands délabrements ; 2° un cancer de la cloison recto-vaginale, inaccessible aux procédés classiques, enlevé totalement par la voie sacrée avec conservation du vagin et de l'anus, restitution complète de la forme et de la fonction ; 3° une récidive, dont l'extirpation par tout autre moyen n'aurait pu être qu'une témérité injustifiable ; 4° un rétrécissement syphilitique, pour lequel l'adoption de la voie sacrée était une sûreté de plus et un progrès.

Dans le cancer de la cloison recto-vaginale, celle-ci fut dédoublée à petits coups de bistouri et le vagin absolument épargné ; un prolongement très élevé fut contourné et énucléé totalement, non sans une large brèche au péritoine ; le cylindre intestinal fut disséqué jusqu'en bas, et séparé du sphincter externe aussi bien que de la paroi vaginale. L'anus fonctionne parfaitement bien, et la malade, opérée le 26 juin 1890, est aujourd'hui (janvier 1894) bien portante et sans récidive depuis trois ans et demi.

107. — Sur le traitement des suppurations pelviennes par l'hystérectomie vaginale

(*Soc. de chir.*, 4 mars et 28 octobre, et *Union médicale*, 15 mars 1891)

Réponse à la communication de P. Segond (25 février 1891). L'auteur ne refuse pas d'étendre les indications de l'hystérectomie vaginale, ce qu'il a fait lui-même dans certains cas isolés de fibrômes,

de prolapsus, etc. Mais il n'est pas persuadé qu'il faille l'appliquer à tous les cas de lésions bilatérales des annexes.

Il examine successivement : 1° la mortalité opératoire ; 2° l'efficacité curative; 3° la question de la cicatrice abdominale, et arrive à reconnaître que l'hystérectomie vaginale est d'ores et déjà la méthode de choix dans les cas de poches purulentes multiples, avec des plastrons durs, un magma d'adhérences intestinales au milieu duquel, après l'ouverture du ventre, il est difficile et dangereux de manœuvrer. Pour les cas moins graves, il trouve encore la laparotomie supérieure et s'en tient à la formule suivante : il faut tout sacrifier, sauf la vie de la femme, à l'extirpation totale des lésions

Un peu plus tard (Soc. de chir., 28 octobre), il confirme la supériorité de l'hystérectomie dans les suppurations complexes de la cavité pelvienne, et déclare, revenant sur son opinion antérieure, que les poches purulentes ouvertes par la voie vaginale et laissées dans le ventre après l'ablation de l'utérus subissent un retrait rapide et se cicatrisent parfaitement sans accidents de rétention. Une vingtaine de faits nouveaux l'ont gagné en grande partie à la cause de l'hystérectomie vaginale.

108. — Sur le traitement des tumeurs malignes par la pyoktanine
(*Société de chirurgie*, 29 avril 1891)

Exposé, au cours d'une discussion soulevée par Le Dentu, de quatre cas où le violet de méthyle fut employé, suivant la pratique de Mosetig-Moorhof, contre des tumeurs malignes inopérables, mais sans aucun avantage.

109. — Des résultats éloignés de l'ablation des annexes
(*Congrès français de chir.*, 1er avril, et *Union médicale*, 5 et 7 mai 1891)

Analyse de 150 cas de laparotomies pour lésion des annexes, au point de vue de leurs résultats éloignés.

I. — *Salpingo-ovarites légères, peri-ovarites, adhérences.* — Les malades peuvent rester souffrantes, si on enlève incomplètement, par lambeaux, des organes petits et adhérents; ou si on

enlève des ovaires sains cu peu malades chez des neurasthéniques, etc. Ceci touche à la question des « abus de la castration ovarienne ».

II. *Ovaires à petits kystes.* — Ils causent de vives douleurs et des métrorrhagies. Sur une trentaine de malades, dix environ sont restées nerveuses et n'ont été amendées qu'à la longue.

III. *Salpingites chroniques, parenchymateuses, adhérentes; hydrosalpinx.* — Dans ces cas souvent très complexes et très graves, l'opération rend les plus grands services: mortalité nulle sur une trentaine d'observations, guérisons franches et durables.

IV. *Salpingo-ovarites compliquées de rétroversion mobile ou adhérente.* — C'est un cas particulier dans l'histoire des lésions précédentes. L' « hystéropexie complémentaire » est le plus souvent inutile; l'utérus se réduit par le fait de la pédiculisation des annexes.

V. *Hématosalpinx et hématocèles.* — Douze observations. Hématômes circonscrits ou énormes hématocèles; opérations souvent laborieuses, mais sans cause d'infection et toujours suivies de succès. Très supérieures aux ponctions ou incisions vaginales qui laissent dans le ventre une cavité anfractueuse, des couches fibrineuses inaccessibles, des trompes crevées dans le péritoine.

VI. *Pyosalpinx et ovarites suppurées.* — C'est ici que la laparotomie fait courir le plus de risques : effusion du pus dans le péritoine, adhérences difficiles, etc. Mais aussi les succès paraissent plus brillants que jamais; ce sont bien des femmes auxquelles « on sauve la vie ». L'impossibilité d'extirper totalement certaines poches purulentes et les dangers incontestables de certaines laparotomies font entrevoir à l'auteur les succès probables de l'hystérectomie vaginale appliquée aux suppurations péri-utérines.

VII. *Fibrômes utérins.* — La castration utérine est excellente pour les fibrômes petits ou moyens, douloureux, hémorrhagiques; elle amène des réductions de volume très rapides. Quinze observations.

VIII. *Névralgies; hystérie vraie.* — L'auteur traite avec force réserves ce côté dangereux de la question. Il analyse plusieurs cas de névralgies pelviennes avec ovaires polykystiques, ou pures et

dépourvues de lésions visibles, voire même un cas d'hystérie vraie sans douleur pelvienne, où la guérison fut nettement obtenue par la suppression des ovaires, mais qui est tout à fait exceptionnel et qu'il se garde bien de vouloir donner en exemple.

Il termine en signalant le rôle qui revient à l'attention scrupuleuse et à la conscience du chirurgien dans le jugement de ces questions délicates et dans le choix d'une ligne de conduite.

110. — SUR LE TRAITEMENT DES RUPTURES DU TENDON DU TRICEPS ET DES FRACTURES DE LA ROTULE
(*Société de chirurgie*, 17 et 24 juin 1891)

Rapport sur deux observations de Chaput, relatives à une rupture du tendon du triceps et à une fracture ancienne de la rotule. L'auteur développe de nouveau ses idées (voir p. 38) sur le rôle respectif de l'écart des fragments, des déchirures latérales et de l'insuffisance musculaire dans l'impotence fonctionnelle consécutive aux fractures de la rotule.

111. — SUR UNE NOUVELLE PINCE ENTÉROTOME
(*Soc. de chir.*, 17 juin 1891)

Rapport sur une pince entérotome imaginée par Chaput, et paraissant avoir quelques avantages sur l'entérotome de Dupuytren.

112. — DE LA LAPAROTOMIE EXPLORATRICE
(*Union médicale*, 18 juin, 28 juillet et 1er août, et *Soc. de chir.*, 29 juillet 1891)

Quelques mots d'historique sur la laparotomie exploratrice. Elle fut d'abord utilisée pour constater les adhérences dans les kystes de l'ovaire.

On l'emploie aujourd'hui comme un complément quelquefois nécessaire de l'étude clinique réfléchie et consciencieuse. « Nous respectons encore la vie de nos malades, mais ce respect ne va plus jusqu'à les laisser mourir. » Le diagnostic, en chirurgie abdominale, est souvent précaire; l'examen sous le chloroforme ne suffit pas toujours. « La laparotomie exploratrice est une incision de l'abdo-

men ayant pour but d'éclairer le diagnostic en dernière analyse, quand tous les autres moyens sont épuisés, pour arriver, autant que possible et séance tenante, à une opération curative. »

A un certain point de vue, toute laparotomie est d'*abord exploratrice*, elle complète ou rectifie le diagnostic. Exemples cliniques, tirés de la chirurgie des annexes, des kystes ovariques, des fibrômes, des voies biliaires.

Il y a des laparotomies *qui restent exploratrices*. Elles sont dites exploratrices après coup, le but qu'on s'était proposé ne pouvant être atteint.

La *laparotomie explorative vraie* ou *proprement dite* est celle qu'on entreprend sans pouvoir nommer l'opération qu'on va faire. Le rôle de l'exploration est prépondérant, on va à la découverte. On a quelquefois de mauvais pressentiments sur la nature du mal, mais le but qu'on se propose est de soulager, d'atténuer certains symptômes, d'évacuer l'ascite, d'acquérir la preuve que le mal est incurable. Quelquefois, on a des surprises heureuses, on est conduit à une opération inespérée et suivie de succès.

Manuel opératoire : supériorité de la laparotomie sur les *ponctions exploratrices*, dangereuses et aveugles.

Pronostic : bénignité ordinaire. Résultats inattendus de certaines *laparotomies exploratrices curatives*.

Sous cette rubrique peuvent se ranger les simples incisions de l'abdomen, non suivies de manœuvre opératoire, et amenant la guérison de lésions matérielles positives. Exemple : la *péritonite tuberculeuse*. L'auteur cite quatre observations, dans lesquelles l'intervention a été bénigne : un résultat négatif dans un cas très grave (tuberculose pulmonaire), un autre encore trop récent, et deux faits remarquables de guérison persistante. Autres exemples cités par les auteurs : conditions favorables au succès de la laparotomie, mécanisme inconnu produisant l'arrêt du processus tuberculeux.

L'effet salutaire des « laparotomies frustes » se fait également sentir dans les affections des annexes, notamment dans ces « processus fibreux » inextricables de la cavité pelvienne devant lesquels il faut savoir s'arrêter. L'auteur en cite plusieurs cas, entre autres

celui d'une femme très anciennement et très gravement malade, qui fut guérie sans retour à la suite d'un simulacre d'opération.

En résumé, la laparotomie exploratrice est une opération bénigne par elle-même, quand elle est faite avec prudence et opportunité; elle est souvent nécessaire pour achever un diagnostic, parfois même seule capable d'y conduire; elle aide puissamment à nos déterminations opératoires; elle peut, employée comme dernière ressource, nous donner des surprises et nous conduire à des succès inespérés ; elle est dans certains cas, et par le seul fait de l'ouverture du ventre, la cause d'améliorations prolongées ou même de guérisons définitives. C'est assez pour que nous la trouvions légitime et bienfaisante.

113. — Arthrectomie du genou

(*Soc. de chir.* 15 juillet 1891)

Présentation d'une malade ayant subi l'arthrectomie pour une synovite fongueuse du genou, sans lésions du squelette. Ce n'est pas le curage articulaire de Volkmann ; c'est l'arthrectomie complète, radicale, avec destruction intégrale des fongosités, de la synoviale et des ligaments (voir p. 73). Au point de vue fonctionnel :

1° Cette opérée n'a pas le membre trop court, d'où il suit qu'elle ne boite pas ;

2° Elle n'a pas le membre trop long, d'où il suit qu'elle ne fauche pas. Le résultat d'une bonne arthrectomie est identique à celui de la guérison spontanée la plus heureuse, sans extension absolue, Parallèle avec la résection. « Cette femme ne marche pas habilement avec un membre défectueux ; elle marche sans difficulté avec un membre qui est bon. »

114. — La rétroversion utérine

(*Union médicale*, 27 août et 5 septembre 1891)

Leçon clinique contenant un aperçu général de la rétroversion utérine, de ses formes diverses, de ses complications et de son traitement.

115. — Le prolapsus utérin
(*Union médicale*, 3 octobre 1891)

Leçon clinique sur les causes, l'évolution, le diagnostic et le traitement du prolapsus utérin.

116. — Sur le traitement des fractures de la rotule
(*Union médicale*, 15 octobre 1891)

Additions au rapport déjà cité (voir p. 78), et conclusions sur le traitement des fractures de la rotule.

Autrefois, on immobilisait à outrance et on raidissait le genou. On sait mieux aujourd'hui traiter les fractures articulaires.

L'écart des fragments, la désinsertion du droit antérieur, n'est pas la cause ordinaire de l'impuissance du membre : écarts nuls avec des fonctions abolies, parce que l'atrophie musculaire est considérable; écarts énormes avec de bonnes fonctions, parce qu'elle est insignifiante ou réparée. Le membre est guéri quand le muscle est bon et l'articulation mobile.

Il faut, pour bien traiter les fractures simples de la rotule, les fractures à petits écartements primitifs, mettre en œuvre les moyens qui préviennent l'ankylose et l'atrophie musculaire : absence d'immobilité complète, mobilisation précoce, massage, électricité; peu de griffes et de moyens rigoureux pour rapprocher les fragments.

D'autre part, il y a des cas justiciables de l'arthrotomie et de la suture, sans parler des fractures avec plaie : tels sont les gros épanchements qui font craindre l'ankylose, certaines fractures itératives, et surtout les déchirures latérales avec un écartement *primitif* considérable. Car il faut faire une distinction capitale entre les grands écartements primitifs, qui ont pour condition une large déchirure, et les consécutifs, qui peuvent être fort étendus sans compromettre les fonctions.

La suture n'est pas « le traitement » des fractures transversales de la rotule, mais c'est un traitement pour certaines fractures. Il vaudrait mieux, à la condition d'être antiseptique, suturer toutes les rotules que de n'en suturer aucune; car, en s'abstenant toujours, on laisserait les grandes fractures, avec gros épanchements et

déchirures fibreuses, privées du seul traitement qui leur convienne. Mais, si la suture a des indications très nettes, il n'en faut pas être partisan exclusif et systématique.

117. — L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE CONTRE LE CANCER UTÉRIN (*Soc. de chir.*, 28 octobre et 2 décembre, et *Union médicale*, 5 et 7 novembre, 29 décembre 1891)

L'auteur entreprend la réhabilitation de l'hystérectomie vaginale contre le cancer utérin, un peu discréditée en France depuis la discussion de la Société de chirurgie en octobre 1888. Le professeur Verneuil, se fondant sur la gravité extrême qu'elle paraissait avoir d'après les faits apportés à la tribune par Polaillon, Kirmisson, Marchand, Monod et Berger, l'avait formellement condamnée, au profit de l'amputation sous-vaginale du col avec la chaîne d'écraseur.

Les partisans de l'hystérectomie, pris à l'improviste à une époque où on ne pouvait encore juger de ses résultats définitifs, n'avaient pu répondre victorieusement.

En 1888, l'hystérectomie vaginale avait encore une mortalité sérieuse; le manuel opératoire, les indications n'étaient pas fixées; néanmoins, l'auteur cite des malades de sa première série (1885-1888) qui restent guéries, sans récidive, depuis cinq ans, quatre ans et onze mois, quatre ans et cinq mois.

Après la discussion soulevée par Verneuil, il a voulu étudier parallèlement, sur nouveaux frais, l'extirpation totale et les amputations partielles. Mais la résection sus-vaginale ne lui a pas donné de résultats encourageants; de nouvelles observations d'hystérectomie, où seule l'opération radicale pouvait donner une guérison prolongée, l'ont déterminé à l'adopter définitivement.

Il analyse une nouvelle série de 22 hystérectomies contre le cancer, avec une mort. Il fait la part des cancers déjà trop avancés avec continuation pure et simple du mal, des récidives proprement dites après une période plus ou moins longue de guérison franche, des accidents opératoires ou secondaires (fistules vésicales, leur traitement), et résume l'histoire de 16 malades actuellement bien portantes et sans récidive, les conditions dans lesquelles l'opération a été faite, etc. Il conclut en disant : « L'hystérectomie vaginale me

paraît en train de se réhabiliter parmi nous, si ce n'est déjà un fait accompli, non par des polémiques où dominent les raisons de sentiment et les questions personnelles, mais par le travail lent et consciencieux, par l'étude et l'accumulation des faits. »

118. — SUR LE SIÈGE ANATOMIQUE DU FURONCLE, LETTRE A M. LE PROFESSEUR VERNEUIL
(*Gazette hebdomadaire*, 5 mars 1892).

Sur la question du furoncle des muqueuses et des régions de la peau dépourvues de glandes pilo-sébacées.

On ne peut donner le nom de furoncle arbitrairement à tous les petits abcès arrondis et superficiels résultant d'une inoculation septique. Ce qui caractérise le furoncle, c'est un bourbillon, c'est-à-dire un appareil glandulaire mortifié. Sans eschare glandulaire, pas de furoncle.

119. — SUR L'APPENDICITE VULGAIRE ET LA TYPHLITE TUBERCULEUSE
(*Soc. de chir.*, 23 mars, et *Union médicale*, 2 et 5 avril 1892)

L'histoire des lésions inflammatoires du cæcum et de son appendice s'éclaircit peu à peu. Les abcès péri-cœcaux sont loin de résulter toujours d'une perforation. Ce n'est pas toujours l'appendice qui est en cause ; il ne faut pas oublier le rôle du cæcum. L'auteur attire spécialement l'attention sur la *typhlite tuberculeuse*, qui a été jusqu'ici trop sacrifiée dans les discussions de la Société de chirurgie.

Historique de la tuberculose du cæcum. Silence des auteurs anglais et américains ; travaux des auteurs français, observations récentes de Terrier, Broca, Bouilly, Roux (de Lausanne), Hartmann et Pilliet.

L'auteur pense que la typhlite tuberculeuse est souvent méconnue. Opinion de Lasègue. Observations personnelles relatives à des appendicites vulgaires ; à des foyers iliaques dont la nature est suspecte ; à des malades chez qui la tuberculose était probable, sinon démontrée ; enfin, à une forme de tuberculose du cæcum ne répondant pas du tout à la description de Pilliet ni aux exemples de tuberculose massive qu'on a prise quelquefois pour des

cancers de l'intestin, encore moins aux cas d'ulcérations disséminées, avec diarrhée, etc., qui accompagnent l'évolution de la phthisie pulmonaire. Dans deux cas rapportés avec détails, l'auteur a fait avec succès une résection partielle du cæcum ; dans un troisième, il a cru à la tuberculose et s'est trouvé, chez une jeune fille de dix-neuf ans, en face d'un petit épithéliome tubulé de la paroi cæcale.

En résumé, la typhlite tuberculeuse est plus fréquente qu'on ne le dit ; il faut toujours y penser dans les cas à répétition. Le présent travail a pour but de mettre en lumière une forme très spéciale, nettement localisée en un point du cæcum, donnant lieu à une petite tumeur dure et sans empâtement autour d'elle, provoquant des poussées douloureuses, mais en somme évoluant à froid chez des sujets qui n'ont pas toujours l'apparence de tuberculeux et n'offrent aucun signe de lésions intestinales diffuses. Si on la reconnaît ou si on la devine, il est opportun d'intervenir, et une résection limitée de la paroi cæcale peut donner les meilleurs résultats. L'opération est délicate et laborieuse, mais elle offre moins de dangers que la résection totale d'une portion plus ou moins longue de l'intestin.

120. — Sur l'anesthésie par la cocaïne.
(*Union médicale*, 21 avril 1892).

A propos d'une discussion de la Société de chirurgie, et d'un cas de mort présenté par Berger. Rappel des « doses maniables » d'après les chirurgiens qui ont usé de la cocaïne.

Ce mode d'anesthésie nous avait donné de grands espoirs. Les morts sont arrivées ; il est vrai qu'il y a eu des imprudences commises, mais ne faut-il pas en dire autant quand on parle des accidents du chloroforme ?

Il y a, avec tout anesthésique, des revers qu'on ne peut éviter. Reclus dit lui-même : « Si nous cherchons une sécurité parfaite, absolue, alors il faut renoncer à tous les alcaloïdes. » En présence de cet aveu, les avantages de la cocaïne paraissent secondaires. Son inconvénient majeur, dans certains cas, est de laisser le malade éveillé. « Le malade est un profane qui ne doit pas assister à l'opération qu'on lui fait. » Cette proposition ne peut s'appliquer, bien

entendu, à une foule d'opérations courantes, pour lesquelles l'emploi de la cocaïne est commode et pleinement justifié. La cocaïne est un agent précieux, le meilleur des anesthésiques locaux ; mais, n'ayant pas l'avantage d'une innocuité parfaite, elle ne peut revendiquer sa place que bien loin derrière le chloroforme.

121. — SUR LA PÉRITONITE TUBERCULEUSE
(*Société de chirurgie*, 13 avril, et *Union médicale*, 28 avril 1892).

Détails complémentaires sur une observation déjà communiquée (voir p. 78) de péritonite tuberculeuse traitée par la laparotomie. La malade, opérée de nouveau, un an et demi plus tard, pour une éventration, était guérie de sa tuberculose péritonéale : les granulations confluentes avaient disparu, la surface de l'intestin était partout lisse et normale, il n'y avait plus trace de liquide. L'état général était entièrement satisfaisant.

Examen des théories émises sur le mécanisme de la guérison.

122 — SUR LES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DE LA CURE RADICALE DES HERNIES
(*Congrès français de chir.*, 1892, et *Union médicale*, 31 mai 1892).

La valeur de la cure radicale ne pouvait être établie sur des chiffres probants au Congrès de 1888 (voir p. 56). Aujourd'hui, les opérations se sont multipliées, et beaucoup sont assez anciennes pour que notre opinion soit faite.

La *bénignité* extrême de l'opération, entre les mains aseptiques, ne fait plus aucun doute.

Pour démontrer son *efficacité*, l'auteur fait plusieurs parts dans ses observations. Première période : quelques résultats incomplets par défaut d'expérience ; d'ores et déjà, l'efficacité de la cure des hernies congénitales lui est solidement démontrée (voir p. 52). Deuxième période (1888-juin 1891) : les résultats acquis sont positifs, et vont être exposés en détail. La troisième période comprend des faits trop récents pour être analysés dès maintenant.

Les faits de la seconde période ont été soumis à une enquête minutieuse. Malades opérés, 82 ; malades revus. 44. Sur les malades

revus, il y a 2 récidives, 8 cures utiles, 34 cures vraiment radicales. L'auteur définit successivement ces trois ordres de faits, examine les conditions de la récidive, celles des résultats incomplets mais satisfaisants, celles des guérisons franches. Il note les difficultés de certaines opérations, les « mauvais cas » n'ayant pas empêché le succès d'être complet, et donne les preuves de la guérison en notant les travaux que les malades accomplissent depuis l'intervention chirurgicale : déménageurs, soldats, garçons bouchers, blanchisseuses, couvreurs, hommes de peine, etc. Il ajoute quelques mots sur le manuel opératoire, et dit que « l'efficacité ordinaire de l'opération bien faite lui paraît établie sur des bases solides. Comme, d'autre part, elle est bénigne, et comme les circonstances capables d'arrêter les chirurgiens, diabète grave, albuminurie, âge extrême, n'ont rien ici de spécial et sont les mêmes que pour toutes les opérations délicates, on peut aller jusqu'à dire que la cure radicale des hernies, ces réserves faites, n'a pas de contre-indications. »

123. — De l'intervention chirurgicale dans les grandes névralgies pelviennes

(*Société de chirurgie*, 2 novembre, et *Union médicale*, 29 novembre, 1er et 8 décembre 1892).

L'intervention chirurgicale pour combattre les douleurs dites *sine materiâ* des organes pelviens est une question qui doit être abordée avec la plus grande réserve. Les opérations radicales ne peuvent être faites qu'en dernière analyse, quand tous les moyens conservateurs ont échoué.

L'auteur a soigneusement pesé tous les termes de ses observations, et n'a pas écrit à la légère quand il a noté : douleurs violentes et continuelles, nervosisme intolérable, incapacité de travail absolue. Il a tenu compte de l'âge des malades, du nombre de leurs enfants et de leurs fausses couches, etc. Enfin, il déclare expressément n'avoir en vue que « les grandes névralgies pelviennes, c'est-à-dire les *phénomènes douloureux* graves, permanents, rebelles, qui ont pour siège l'utérus et les ovaires, ne correspondent à aucune lésion définie, et s'accompagnent d'un état névropathique plus ou moins accentué ».

Toutes les batailles se sont livrées jusqu'ici autour de la laparotomie; or, elle peut réussir, mais souvent aussi les accidents nerveux reparaissent, parce qu'on a laissé l'utérus.

L'auteur expose d'abord trois cas de laparotomie avec castration ovarienne, suivie de guérison. Dans un plus grand nombre, ayant fait la laparotomie, notamment pour explorer d'abord et éviter les sacrifices inutiles, il n'a pas obtenu la cessation des douleurs, et a dû faire plus tard une hystérectomie vaginale secondaire, toujours suivie de la guérison définitive. Il rapporte enfin des exemples d'hystérectomies vaginales entreprises d'emblée contre les grandes névralgies pelviennes.

Dans ces trois catégories, l'histoire des malades est minutieusement analysée, avec les motifs de l'intervention, les détails opératoires, les suites immédiates et les résultats éloignés. La série des hystérectomies vaginales montre que les névralgies rebelles correspondant à des modifications anatomiques à peu près nulles ou sans valeur, mettent souvent les malades dans une situation désespérée, d'où les tire complètement une opération radicale. Aussi croit-il, dans ces névralgies rebelles à tous les traitements, que la laparotomie doit céder le pas à l'hystérectomie vaginale. En effet, « si je me fonde sur la simplicité relative de l'opération dans les cas de ce genre, sur l'inutilité de conserver l'utérus après l'ablation des ovaires, sur les raisons théoriques qui militent en faveur de l'extirpation totale, enfin sur mes observations, je pense qu'il faut la regarder comme la plus sûre des deux méthodes. Encore une fois, je ne recommande pas de l'appliquer toujours, sans autre examen. Bien au contraire, les malades de cette catégorie ne peuvent se traiter sommairement; les conseils d'abstention, de réserve, d'intervention exploratrice et limitée doivent être écoutés et obéis comme je l'ai fait plus d'une fois. Mais il faut bien avouer qu'il y a des cas où la souffrance et le désespoir des malades imposent un complet sacrifice. »

Répondant à quelques objections, l'auteur revient sur le caractère exceptionnel des opérations de ce genre. Il y a une « petite gynécologie » qui analyse les lésions, les répare sans détruire aucun organe, et n'admet pas que l'ouverture du ventre soit le remède à tous les maux.

Il définit plus explicitement les caractères de la névralgie pelvienne rebelle : sensibilité locale, intensité des crises douloureuses, durée, incurabilité reconnue, gravité de l'état général.

Il s'élève contre cette idée que toute névralgie pelvienne soit d'origine hystérique. En dites-vous autant de la migraine, de la sciatique et des autres névralgies?

On dit que les guérisons ne peuvent être solides, parce que, d'une part, on ne pense qu'à la castration ovarienne, et, d'autre part, aux opérations faites avec des résultats précaires chez les « fausses utérines » qui sont des neurasthéniques, des hypochondriaques, des folles.

On dit qu'une opération quelconque, sans rien enlever, peut guérir la douleur. L'auteur connaît les résultats surprenants de certaines laparotomies exploratrices; mais il connaît aussi des résultats négatifs, et, dans l'espèce, on ne peut compter que sur les opérations « complètes et rationnelles ».

On dit qu'il ne s'agit pas de névralgies *sine materiâ*, qu'il y a toujours de petites lésions. Mais les petites lésions sont inconstantes et n'ont pas de signification précise (Ranvier, Malassez, Quénu). Cette question théorique ne change rien, d'ailleurs, aux indications chirurgicales.

On dit enfin : « Parler d'opération contre une simple névralgie, c'est ouvrir la porte à tous les abus. » L'auteur répond : « Si vous faites allusion à quelques mauvais esprits, ceux-là n'ont pas besoin d'être excités pour se livrer sur les malades à des entreprises illégitimes. Pour les autres, nous devons savoir parler notre langue assez clairement pour qu'ils ne puissent se méprendre sur les limites que nous assignons à l'intervention chirurgicale. »

124. — Les plaies de l'abdomen et la temporisation (*Union médicale*, 5 janvier 1893).

Note sur les dangers de la temporisation, sur le précepte adopté par quelques chirurgiens, d' « attendre qu'il y ait des symptômes » avant d'intervenir. Le calme des premières heures est insidieux. Une laparotomie bien aseptique ne peut faire de mal à un blessé qui

n'a pas de lésions graves, elle est son unique chance de salut quand il est en péril.

Observation d'un malade, ainsi résumée : « Derrière une plaie d'apparence bénigne et un état général parfait, au bout de sept heures, se cachait un épanchement sanguin très menaçant. Si je m'étais fié à ce calme trompeur, si j'avais attendu des symptômes, j'aurais opéré trop tard ou tout au moins dans de mauvaises conditions. »

125. — Sur le traitement des fibromes utérins par l'hystérectomie vaginale
(*Union médicale*, 27 janvier 1893).

Etude sur l'extirpation totale, par morcellement, de l'utérus fibromateux.

Deux observations *in extenso* choisies parmi les cas les plus graves. Résumé statistique de 25 cas; difficultés du manuel opératoire, facilité de la guérison. Parallèle sommaire avec l'hystérectomie abdominale.

126. — Sur le traitement chirurgical des fibromes utérins
(*Congrès français de chirurgie*, 7e section, 1893).

L'auteur suppose une tumeur fibreuse en voie d'évolution active et rendant nécessaire l'intervention chirurgicale. Il étudie successivement la castration ovarienne, l'énucléation et l'hystérectomie.

La *castration ovarienne* est toujours bonne, mais elle est descendue au second rang. Elle a des difficultés opératoires et des échecs thérapeutiques. Ses résultats ne peuvent être aujourd'hui comparés à ceux de l'extirpation vaginale.

L'*énucléation* par l'abdomen est indiquée en passant. Par la voie vaginale, c'est l'opération d'Amussat, rajeunie par l'antisepsie et le morcellement. Les occasions de la faire sont peu nombreuses ; elle offre une grande sécurité, notamment au point de vue de l'hémostase. Deux observations remarquables.

L'*hystérectomie vaginale* est excellente. Résumé statistique de

34 opérations, avec une mort survenue dans un cas très grave et par suite d'une fausse manœuvre.

Le but principal de ce travail est de continuer, en faveur de l'*hystérectomie abdominale*, une campagne déjà commencée (voir p. 69). Cette opération s'améliore tous les jours, et il n'est plus paradoxal de dire que son pronostic ne diffère pas beaucoup de celui de l'ovariotomie, à la condition de comparer des cas équivalents.

L'auteur expose les derniers perfectionnements du procédé qu'il a déjà défendu à la Société de Chirurgie. C'est contre l'infection dont le pédicule intra-péritonéal peut être l'origine, qu'il fallait trouver de nouvelles garanties. L'auteur fait aujourd'hui la ligature élastique provisoire, lui substitue la ligature du moignon à la soie plate (Chénieux, Kocher), et recouvre ce moignon, après l'avoir cautérisé, par un lambeau péritonéal antérieur (dérivé du procédé de Chrobak). Il montre comment ces éléments réunis concourent à la guérison des malades sans fièvre, sans réflexes ni douleurs graves; comment ils s'appliquent à toutes les variétés de fibrômes et aux pédicules très volumineux. Il analyse en détail une série de 21 cas avec deux morts, dont l'une est due à une péritonite tuberculeuse compliquée d'albuminurie, et l'autre à un accident de laparotomie (infection de la plaie et de la région voisine du péritoine) n'ayant rien à voir avec le traitement du pédicule.

127. — EXTIRPATION D'UNE RATE HYPERTROPHIÉE ET TOMBÉE DANS LE PETIT BASSIN

(*Académie de médecine*, 13 juin 1893).

Observation d'une femme de 27 ans chez laquelle une tumeur du petit bassin, saillante dans le cul-de-sac de Douglas et comprimant le rectum, fut prise pour un fibrôme. C'était la rate hypertrophiée, dont l'extrémité supérieure basculée adhérait à l'appendice iléo-cæcal, et dont le pédicule était formé par la queue du pancréas. Extirpation et guérison parfaite.

128. — A propos de la typhlite et de l'appendicite tuberculeuses
(*Soc. de chir.*, 28 juin, et *Union médicale*, 4 juillet 1893).

L'opinion ayant été émise, à la Société de Chirurgie, que la typhlite tuberculeuse est moins rare qu'on ne l'admet généralement, et que cette forme de tuberculose localisée peut légitimer une intervention chirurgicale, l'auteur revient sur les faits de ce genre, rappelle sa communication *Sur l'appendicite vulgaire et la typhlite tuberculeuse* (voir p. 83), et dit : « Avant cette communication, la Société de Chirurgie ne s'en était jamais occupée au point de vue où je me place en ce moment; aucun de nous n'avait mis en avant cette notion de la fréquence probable de la tuberculose envahissant une partie très limitée de la paroi du cæcum, simulant une appendicite vulgaire et marchant comme elle, enfin pouvant être opérée dans de bonnes conditions par l'extirpation totale d'un foyer nettement circonscrit. Je désire donc que ces faits, encore peu connus, ne soient pas considérés aujourd'hui comme absolument nouveaux, et je tiens à rappeler qu'ils ont été signalés en termes explicites à la Société de Chirurgie en mars 1892, avec preuves cliniques et détails opératoires. »

129. — Fixation d'un foie déplacé
(*Société de chirurgie*, 18 juillet, et *Union médicale*, 5 août 1893).

Observation d'une femme de vingt-huit ans, chez laquelle la laparotomie fut faite pour une tumeur de la fosse iliaque droite dont le diagnostic était fort obscur, et qui se trouva être le foie déplacé, adhérent à la paroi abdominale. L'organe fut réduit et fixé à sa place.

C'est le quatrième exemple de fixation du foie. Mais « dans les deux premiers cas, dit l'auteur, Billroth et Tscherning fixèrent à la paroi abdominale non pas le foie lui-même qui était à sa place, mais un lobule pédiculé et flottant de cet organe, qu'ils avaient pris pour une tumeur. Cette fixation partielle est une opération tout autre, car un simple lobule était forcément plus léger et moins rebelle que ne l'eût été le foie lui-même. Au contraire, dans le cas de Gérard-

Marchant, il s'agit d'un foie mobile en totalité ; c'est donc bien notre collègue qui fit pour la première fois, le 28 mars 1891, une « hépatopexie » au sens propre du mot. Seulement, la fixation hépatique ne fut pas durable, et pendant le temps qu'elle persista, elle ne fit pas cesser les douleurs, qui avaient pour cause un rein mobile et qui furent guéries par la néphropexie. Le résultat que j'ai obtenu est meilleur, puisque la douleur a disparu, la malade est redevenue alerte et l'organe reste à sa place. Donc, l'opération que j'ai faite est la deuxième en date, mais en réalité c'est la première fixation du foie *réussie* et *curative.*

Considérations sur l'étiologie du foie mobile, le diagnostic, les indications chirurgicales et le manuel opératoire.

130. — ENCORE LES NÉVRALGIES PELVIENNES
(*Union médicale*, 28 septembre 1893)

Observation typique de « grande névralgie pelvienne », racontée dans tous ses détails, et contemporaine de la discussion de la Société de chirurgie (voir p. 86), à laquelle elle emprunte une partie de son intérêt.

Récit des traitements variés que la malade a subis, des avis contradictoires émis par les chirurgiens qu'elle a consultés ; simplicité de l'opération et guérison parfaite.

Conclusions : « Je n'ai pas soutenu qu'en opérant ces malades on ne prenait jamais de grave responsabilité. Bien au contraire, j'ai dit que l'opération était légitime, parce que les femmes que j'ai en vue ont une existence pitoyable ou immédiatement menacée. Il y en a qu'on nous amène épuisées, ne se nourrissant plus, presque moribondes. L'opération est simple ; elle peut devenir périlleuse par le défaut de résistance d'un organisme profondément troublé. Or, quand le mal est fait, nous devons nous conduire ici comme dans toutes les situations compromises ; la chirurgie n'est pas un métier qui consiste à tirer son épingle du jeu, et à dire, quand la malade est morte, « au moins je ne l'ai pas tuée ». Mais aussi, n'est-il pas raisonnable d'agir avant que la femme en soit arrivée là ? C'est alors que l'opération n'offre pas de vrai danger entre les mains d'un chirurgien qui sait la faire. La gravité du remède n'excède pas la gravité du mal, et les services rendus sont incontestables. »

131. — SUR LA FOLIE POST-OPÉRATOIRE
(*Union médicale*, 26 octobre 1893).

Note à propos d'un travail de E. Régis (de Bordeaux) sur un cas de folie consécutive à une ovaro-salpingectomie.

La suppression de l'utérus ou des ovaires, chez les femmes adultes, ne semble pas apporter dans l'organisme de perturbation profonde. L'auteur expose trois cas de folie qu'il a vus après des opérations abdominales, d'où il ressort : 1° qu'il s'agit de femmes prédisposées ; 2° que les troubles mentaux n'ont pas de rapport avec la nature de l'acte chirurgical, et que c'est une erreur d'incriminer la castration ovarienne plutôt qu'une opération quelconque. Il s'agit, en somme, d'hystériques en imminence de folie ou d'aliénées qui ont déjà fait leurs preuves.

132. — ARTICLE **Fémur** DU *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* (1877).

133. — ARTICLE **Flèches caustiques** DU *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* (1878).

134. — ARTICLE **Furoncle** DU *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* (1880).

135. — ARTICLES DIVERS, CRITIQUE, BIBLIOGRAPHIE, etc., *passim* dans l'*Union médicale.*

TRAVAUX

Pour lesquels M. Richelot a fourni des Matériaux :

Considérations sur la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne, thèse inaug., M. Aguiar, Paris 1883.

Contribution a l'étude de la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne, thèse inaug., N. Castagné, Paris 1884.

Traitement des fistules salivaires du canal de Sténon, thèse inaug., P. Coursier, Paris 1885.

Traitement chirurgical du cancer de l'utérus, indications et manuel opératoire de l'hystérectomie vaginale, thèse pour le doctorat en chirurgie, R. de Madec, Paris 1887.

Cure radicale des hernies inguinales congénitales, thèse inaug., H. Bach, Paris 1887.

Cure radicale des hernies et des hydrocèles congénitales, thèse inaug., J. Winocouroff, Paris 1888.

Des hernies inguinales congénitales, thèse inaug., Chauveau, Paris 1888.

De l'amputation anaplastique du col dans la métrite cervicale rebelle, thèse inaug., J.-F. Chanteloube, Paris 1888.

De quelques phénomènes nerveux observés a la suite des opérations pratiquées sur l'abdomen, thèse inaug., H.-J. Bentéjac, Paris 1888.

De l'hystérectomie vaginale dans les cas de fibrômes utérins, thèse inaug., A.-P. Gavilan, Paris 1888.

Des endométrites infectieuses, thèse inaug., M. Péraire, Paris 1889.

Extirpation de l'astragale dans le pied-bot, thèse inaug., J. Martin, Paris 1889.

Contribution a l'étude de l'occlusion intestinale et de son traitement, thèse inaug., D. Maturié, Paris 1890.

De l'hystéropexie vaginale, thèse inaug., L.-H. Debayle, Paris 1890.

De la ligature élastique perdue dans l'hystérectomie abdominale, thèse inaug., Ch. Wirbel, Paris 1890.

De l'occlusion intestinale consécutive aux opérations de laparotomie, thèse inaug., M. Collas, Paris 1890.

Traitement chirurgical de l'ectopie testiculaire, thèse inaug., C. Duchesne, Paris 1890.

Etude sur le curage de l'utérus et l'opération de Schrœder, thèse inaug., Mme Vinaver, Paris 1890.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA HERNIE INGUINALE CONGÉNITALE CHEZ LA FEMME, ET DES HERNIES DE L'OVAIRE, thèse inaug., Boudaille, Paris 1890.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA PATHOGÉNIE ET DU TRAITEMENT DE L'HÉMATOCÈLE RÉTRO-UTÉRINE, thèse inaug., E. Morigny, Paris 1891.

ETUDE SUR L'ARTHRECTOMIE DANS LES ARTHRITES TUBERCULEUSES DU GENOU, thèse inaug., E. Cordillot, Paris 1891.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'EXTIRPATION DE L'ASTRAGALE, thèse inaug., Léon Bertrand, Paris 1892.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'HÉMATO SALPINGITE, thèse inaug., Nicot-Christoyanaki, Paris 1892.

ETUDE SUR L'ECTOPIE TESTICULAIRE DU JEUNE AGE ET SON TRAITEMENT, thèse inaug., Paul Besançon, Paris 1892.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'OPÉRATION DE SCHRŒDER, thèse inaug., J. Pescher, Paris 1892.

LA MÉTHODE SACRÉE (OPÉRATION DE KRASKE), thèse inaug., H. Moses, Paris 1892.

DE LA MÉTHODE COLOPEXIQUE DANS LE TRAITEMENT DES PROLAPSUS COMPLETS DU RECTUM, thèse inaug., A. Larsonneux, Paris 1893.

TRAITEMENT DU PÉDICULE INTRA-PÉRITONÉAL DANS L'ABLATION DES FIBRÔMES UTÉRINS, thèse inaug., L. Guilleminot, Paris 1893.

DU MANUEL OPÉRATOIRE DE L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE, thèse inaug., M. Malapert, Paris 1893.

DE L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE DANS LES SUPPURATIONS PÉRI-UTÉRINES, thèse inaug., J. Lafourcade, Paris 1893.

TUBERCULOSE LOCALE CHRONIQUE DE LA RÉGION ILÉO-CÆCALE, thèse inaug., A. Benoît, Paris 1893.

TABLE DES MATIÈRES

Paris. — Imp. Alcan-Lévy, 24, rue Chauchat